

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1953

394
N° 1

T H E S E

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

par

Jacques-Robert C O H E N

né le 27 Décembre 1926 à PARIS

Présentée et soutenue publiquement le

29 Mai 1953
-

ETUDE DE LA TOLERANCE A LA FRUSTRATION

CHEZ LES SCHIZOPHRENES ET LES MELANCOLIQUES
-

Président : Monsieur DELAY, Professeur
-:-

1953

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

N° ---

T H E S E

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

par

Jacques-Robert C O H E N

né le 27 Décembre 1926 à PARIS

Présentée et soutenue publiquement le

Mai 1953

-

ETUDE DE LA TOLERANCE A LA FRUSTRATION

CHEZ LES SCHIZOPHRENES ET LES MELANCOLIQUES

-

Président : Monsieur BARUK, Professeur

--:-



ETUDE DE LA TOLERANCE

A LA FRUSTRATION

CHEZ LES SCHIZOPHRENES ET LES MELANCOLIQUES



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552217_0027

DOYEN HONORAIRE:

M. BAUDOIN

PROF.

PROFESSEURS HONORAIRES/

M. M. BAUDOUIN, BRINDEAU, CARNOT, CHIVASSU, CHIRAY, CLERC
 DELBET, GOUGEROT (H.), GUILLAIN, HARVIER, LAIGNEL-LAVAS-
 TINE, LAUBRY, LEMAITRE, LEMIERRE, LOEPER, MARION, MATHIEU,
 MOCQUOT, MULON, ONBREDANNE, ROUVIER, SANNIE, SEBILEAU,
 TANON;

DOYEN.....Léon BINET
 Membre de l'Institut
 ASSESSEUR.....Jean VERNE.

I.- PROFESSEURS:

MM.
 Anatomie.....OLIVIER (E.)
 Anatomie pathologie.....DELLARUE (A.)
 Anatomie légale.....GASTINEL (P.)
 Anatomie appliquée à l'éducation physique et
 aux sports.....CHAILLET-BERT (P.)
 Anatomie médicale.....VERNE (J.)
 Anthropologie médicale et sociale.....HUGUENIN (R.)
 Otolaryngologie.....OBERLING (C.)
 Ophtalmologie.....TOLONOVSKI (M.)
 (Hotel-Dieu.....BROCQ (P.)
 (Saint-Antoine.....CADENAT (P.)
 Anatomie chirurgicales (Salpêtrière.....MONDOR (H.)
 (COCHIN.....QUENU (J.)
 Anatomie chirurgicale réparatrice et ortho-
 pédiques.....MERLE D'AUBIGNE (R.)
 Anatomie de cardiologie.....DONZELOT (E.)
 Anatomie de chirurgie infantile et orthopé-
 die.....FEVRE (M.)
 Anatomie de chirurgie pleuro-pulmonaire.....MONOD (R.)
 Anatomie de la tuberculose.....BERNARD (E.)
 Anatomie de neuro-chirurgie.....PETIT-DUTAILLIS (E.)
 Anatomie de puériculture.....LELONG (M.)
 Anatomie des maladies cutanées et syphiliti-
 ques.....DEGOS (R.)
 Anatomie des maladies du sang.....CHEVALLIER (P.)
 Anatomie des maladies du système nerveux.....ALAJOUANIN (T.)

ique des maladies des enfants.....DEBRE (R.)
 ique des maladies infectieuses.....MOLIARET (F.)
 ique des maladies mentales et de l'en
 céphale.....K.....DELAY (J.)
 ique gynécologique.....FUNCK-BRENTANO (I.)
 { Hotel-Dieu.....BENARD (H.)
 iques médicales.....{ BICHAT.....LAROCHÉ (G.)
 { Cochin.....MOREAU (R.)
 { Pitié.....LIAN (C.)
 ique médicale d'hydro-climatologie...JUSTIN-BESANCON
 ique médicale, propé.....PASTEUR VALLERY-RADOT (L.)
 doutique.
 { Tarnier.....LANTUEJOUL (I.)
 iques obstétricales { Baudeloque.....LEVY-SOLLÉ (E.)
 { Port-Royal...LACOTTE (M.)
 ique ophtalmologique.....VEIHER (E.)
 ique oto-rhino-laryngologique.....AMBIN (A.)
 ique physiopathologique des problè-
 mes alimentaires(chaire à ti-
 tre personnel.....RICHEZ (C.)
 ique psychiatrique infantile.....HEUYER (C.)
 ique rhumatologie.....COSTE (F.)
 ique stomatologie.....DECHAUME (M.)
 ique thérapeutique chirurgicale.....SINETQUE (J.)
 ique thérapeutique médicale.....CHABROL
 ique urologique.....FEY (B.)
 yrologie.....GIROUD (A.)
 étique.....LAMY (M.)
 toire de la médecine et de la chirurgie MOUQUIN (M.)
 ologie.....CHAMMY (C.)
 ène et clinique de la première enfance Cathala (J.)
 ène et médecine préventive.....JOANNON (C.)
 ecine du travail.....DESOILLE (H.)
 ecimelégale.....PIEDELIEVRE (R.)
 esitologie et histoire naturelle médi-
 cale.....GALLIARD (H.)
 ologie chirurgicale.....de GAUDART D'ALLAINES (F.)
 ologie exotique.....LAVIER (G.)
 ologie expérimentale et comparée....LEMAIRE (A.)
 ologie médicale.....BARIETTY (M.)
 ologie et thérapeutique générales...LE GENNES (L.)
 macologie et matière médicale.....HAZARD (R.)
 sico-chimie médicale(chaire à titre per-
 sonnel.....DOGNON (A.)
 iologie.....BINET (L.)
 ique médicale.....STROHL (L.)

ogie médicale DEGREZ (H.)
ie chirurgicale MOULONGUET (P.)
utique TURPIN

_ PROFESSEURS SANS CHAIRE

S DE CONFERENCES AGREGES ET AGREGES.

.....(CORDIER (J.C.) Pr. s. ch.
.....(DEBEYRE (J.)
.....(DELMAS (A.)

ie pathologique(GAUTHIER-VILLARS.
.....(Mel e P. (Pr. s. ch.)
.....(BUSSET (F.)
.....(DASQUELIE (R.)
iologie(NEVOT (A.)

ie Médicale.....(BOURLIERE (F.)
.....(ETTORI (J.) Pr. s. ch.
Médicale.....(JAYLE (M.F.) Pr. s. ch.
.....(SCHAPIRA (G.)

p-Syphillographie... N...

ogie(BULLIARD (H.) Pr. s. ch.
.....(COUJARD (R.)
.....(DESCLAUX (P.)
ogie(DEBRAY (C.)

.....(BOYER.(J.)
.....(DETARIS.(M.)

nelégale.....(DEROBERT.(L.)
.....(GAULTIER.(J.)

chirurgie.....N...

ogie(SEZE(S de)
.....(GRASSET.(J.)
.....(LEPAGE.(F.)
.....(MAYER.(M.)
rique(MERGER.(R.)
.....(RAVINA.(J.)
.....(VARANGOT.(J.)

.....(OFFRET.(G.)
iologie.....(DESVIGNES (P.)

(HALPHEN. (L.) Tr. s. ch.
laryngologie..... (ADURO. (R.)

gic..... BRUNET. (L.)

gic coloniale. (CHABAUD.

(BOULIER. (T.)
(BOUTEN. (J.)
(GOSSY. (J.)
(HUGUET. (J.)
(LAURENCE. (G.)
e chirurgicale..... (LEGER. (L.)
(OLIVIER. (Cl.)
(PADOVANI. (P.)
(TOILLIEUX. (T.)
(ROUX. (M.)
(RUDIER. (J-C.)
(VERNE. (J-M.)

e expérimentale..... MERKLEN. (T.)

(BERNARD. (J.)
(BOUDIN. (G.)
(CASTAIGNE. (T.)
(CONTE. (M.)
(DECOURT. (J.)
(DOMART. (L.)
(DREYFUS. (Gilbert)
(FLUVERT. (R.)
e médicale..... (HAMBURGER. (J.)
(KOURILSKY. (R.)
(MILLIEZ. (T.)
(PERLUIT. (M.)
(RABERT. (T.)
(THIEFFY. (St.)
(TURIFF. (J.)
(.....
(.....
(.....

..... (LAILLANE. (R.)
(MARIE. (J.)

logie..... (LEVY. (Melle J.) Tr. s. ch.
(CHEYVOL. (J-H.) Tr. s. ch.

(BARGETON. (D.)
ie..... (PARROT. (J-L.)

médicale..... (DJOURNO. (L.)
(GOUGTROT. (T.)

rie.....BLRUK.(H.)
rie infantile.....MICHAUX.(L.)
ogie.....CHAFUT.(Tme 4)
tique.....(FERRAULT chargé de l'enseigne
ment
.....KUSS.(R.)

PROFESSEURS HONORAIRES ET AGREGES

RAITELES A L' EXERCICE
pour le service des examens
DEAU (A.) (Obstétrique) GATELLIER (J.) (Clinique
urgicale), LE LORIER (V.), VAUDESCAL (R.) (Obstétrique

ESSAYEURS SANS CHAIRE ET AGREGES

CES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE
à titre permanent.

chirurgicale.....(AMELINE.(A.)
(MENEGLUX.(G.)
(TATEL.(H.)
(SICARD.(A.)

e médicale.....

(BOULIN. (R.)
(BROUET. (G.)
(CLACHERA. (R.)
(GARCIN. (J.)
(HAGUENAU. (M.)
(LENEGRE. (J.)
(MARCHAL. (G.)
(SOULIE. (E.)

obstétricale.....(DIGONNET.(I.)
(ECALLE.(C.)

ophtalmologique... RENARD. (G.)

urologique.....COUVELAIRE.(R.)

MM.
de la Faculté.....MOREL.(J.)
-adjoint.....Mlle CHAINTREUIL(G.)
aire en chef.....Docteur HAHN.(A.)
aires.....(M. DOULAN.(G.)
 (Mlles DULITRE.(T.)
 { GOICHON.(A-M.)
 { LE NOIR (G.)

M O N P E R E

A M A M E R E

qui m'ont donné l'exemple
du dévouement, de la probité
morale et intellectuelle.

A M E S A M I S

Monsieur le Professeur H. BARUK

Professeur Agrégé à la Faculté de
Médecine de Paris,
Médecin-Chef de la Maison Nationale
de Charenton,

qui a bien voulu nous faire
l'honneur d'accepter la pré-
sidence de cette thèse.

En hommage respectueux.

Monsieur le Professeur Jean DELAY

Professeur de la Clinique des
Maladies Mentales et de l'Encéphale
à la Faculté de Médecine,
Médecin des Hôpitaux de Paris
Docteur ès-Lettres

dans le service duquel une partie
des travaux qui ont servi à l'é-
laboration de cette thèse a été
poursuivie.

Qu'il veuille bien accepter le
témoignage de notre respectueuse
reconnaissance.

Monsieur le Docteur Henri EY

Ancien Chef de Clinique à la
Faculté de Médecine de Paris,
Médecin-Chef de l'Hôpital Psychiatrique
de Bonneval,

qui nous a fait le très grand
honneur de nous accepter comme
élève et dont nous avons eu le
privilège d'être l'interne à
Bonneval.

Son enseignement quotidien nous
a communiqué ce qu'est vraiment
la Psychiatrie, et a su nous la
faire aimer.

Qu'il veuille bien trouver ici
le témoignage de notre admiration
pour son oeuvre et de notre recon-
naissance pour la sollicitude et
la bienveillance qu'il n'a cessé
de nous témoigner.



Monsieur le Docteur PICHOT

Ancien Chef de Clinique à la
Faculté de Médecine,
Médecin-Assistant des Hôpitaux de Paris
chargé de Conférences à
l'Institut de Psychologie,

qui nous a inspiré le sujet de
cette thèse et nous a constamment
aidé de ses conseils.

Il a su nous donner le goût de la
recherche en psychopathologie.

Qu'il trouve ici l'expression de
notre vive reconnaissance.

Mademoiselle le Docteur PLATTARD

Médecin des Hôpitaux Psychiatriques

qui a été notre premier maître
en Psychiatrie et nous a patientem-
ment inculqué les premiers élé-
ments de clinique psychiatrique.

Monsieur le Docteur MONNEROT

Médecin des Hôpitaux Psychiatriques

pour l'incubliable exemple de
courage physique et moral qu'il
nous a donné, et la sympathie
qu'il nous a toujours témoignée.

Qu'il accepte l'expression de
notre vive amitié.

Monsieur le Docteur SCHWEICH

Médecin des Hôpitaux Psychiatriques

pour la bienveillance et l'in-
térêt dont il a toujours fait
preuve à notre égard.

Monsieur le Docteur CHANES

Médecin des Hôpitaux Psychiatriques
de la Seine,

qui nous a fait l'honneur de nous
accepter comme interne de son Ser-
vice de l'Hôpital Psychiatrique
de Ville-Evrard.

Monsieur le Docteur PICARD

Médecin-Directeur de l'Hôpital
Psychiatrique de Bonneval,
Expert près les Tribunaux,

pour la bienveillance qu'il n'a
cessé de nous témoigner pendant
tout le temps de notre internat
à Bonneval.

Monsieur J. PERSE

Chef du Laboratoire de Psychologie
de la Clinique des Maladies
Mentales et de l'Encéphale

dont l'aide nous a été précieuse
dans l'élaboration de la partie
statistique de ce travail.

A NOS MAITRES DE LA SORBONNE
ET DE L'INSTITUT DE PSYCHOLOGIE

Monsieur le Professeur LAGACHE

Monsieur le Professeur MERLEAU-PONTY

Monsieur le Professeur FRAISSE

Monsieur le Professeur LEVY

Monsieur le Professeur VALLOIS

I N T R O D U C T I O N

- - - - -

La notion de frustration apparaît actuellement comme une donnée féconde d'une psychiatrie ou d'une psychologie dynamique. Elle ne parvient cependant que difficilement à se défaire d'une certaine ambiguïté et d'un caractère particulièrement confus.

La grande importance qu'a pris rapidement la notion de frustration, l'intérêt qu'elle a suscité, mais également son ambiguïté semblent imputables à la complexité, et même, dans un certain sens à la multiplicité de ses origines.

En Psychanalyse d'une part, de nombreux auteurs font jouer à la "frustration", et plus particulièrement aux frustrations survenant à des stades précoces du développement un rôle de premier plan.

La Psychologie expérimentale, d'autre part, s'est attachée à étudier l'effet sur le comportement de l'animal de différents types de "frustration", et la plupart des techniques qui tentent de déterminer chez l'animal l'apparition d'une névrose expérimentale, font appel en fait à des "situations de frustration".

Elle a également cherché à étudier et à classer chez l'homme, différents types de réactions à des "situations frustrantes" plus ou moins étroitement définies, ouvrant ainsi la voie à l'établissement de "tests de frustration".

Mais la question demeure posée, que nous aurons à discuter plus loin, de savoir si la "frustration" invoquée par les psychiatres et par les psychanalystes est bien la même que celle qu'utilise la Psychologie expérimentale dans ses "situations de frustration" ou que celle dont il est question dans les tests dits "de frustration". En d'autres termes le problème est d'établir si la Psychanalyse, la Psychologie expérimentale, les tests font bien appel à une même "notion de frustration".

Nous nous en tiendrons pour l'instant à la définition donnée par le "Vocabulaire de la Psychologie" (de PIERON) qui fait de la frustration la "condition d'un organisme qui rencontre un obstacle plus ou moins insurmontable, extérieur ou intérieur, à la satisfaction d'un besoin".

C'est en partant de cette définition que nous nous sommes donnés d'abord pour but, dans ce travail, de chercher à établir un test objectif de frustration de maniement facile.

Nous avons étudié systématiquement ensuite à l'aide de ce test et d'un test projectif de frustration déjà largement répandu en France, le test de Rosenzweig, différents groupes de malades (mélancoliques, schizophrènes, alcooliques, névrosés légers), nous proposant par cette étude :

- en premier lieu de vérifier les hypothèses formulées peut-être un peu hâtivement par Rosenzweig sur les déviations des scores à son test caractéristiques de certaines maladies mentales,
- et de confronter les données du test de Rosenzweig et celles de notre test objectif de frustration,
- également, de comparer les résultats à ces tests des différents groupes de malades étudiés et de chercher quelles différences statistiquement significatives y apparaissaient,
- pour envisager enfin dans quelle mesure l'utilisation de ces tests pouvaient être recommandée
 - soit à des fins diagnostiques,
 - soit pour essayer de parvenir à une connaissance plus profonde de ces différentes affections et de leurs mécanismes.

Une telle étude, bien entendu, ne pouvait aller sans appeler certains commentaires, ni sans soulever certains problèmes qu'il nous a paru légitime de poser et de discuter rapidement :

- celui, par exemple, de la validité et de la fidélité des tests de personnalité en général et du test de Rosenzweig en particulier,
- celui également de déterminisme des réactions à la frustration typiques d'un groupe de malades ou particulières à un individu,
- de même celui, auquel nous avons déjà fait une rapide allusion, des rapports entre les théories psychanalytiques et les recherches expérimentales sur la frustration et leurs applications cliniques.

1ère PARTIE

LES THEORIES DE LA FRUSTRATION

Chapitre I - Définitions

Nous avons déjà signalé le problème des divergences susceptibles d'exister entre les différentes conceptions de la frustration.

Or, il est certain qu'un accord sur la définition même est une condition préalable à l'élaboration de toute théorie générale de la frustration, pour autant qu'une telle théorie se doive de rendre compte des aspects multiples de la notion.

°

° °

Dans la perspective de la Psychologie Animale, les situations de frustration sont celles le plus souvent utilisées pour la production de "névroses expérimentales". SHERMAN, qui a conduit, sur des chiens, de nombreuses expériences de ce type pense qu'une telle condition est réalisée quand ces chiens sont "forcés de répondre de façon discriminative à une situation qui est beaucoup trop difficile pour eux" (96).

Ainsi, pour SHERMAN, le seul échec, la simple impossibilité de résoudre un problème constitue, même chez l'animal, une situation de frustration.

°

° °

La définition du "Vocabulaire de la Psychologie" que nous avons déjà vue, et qui fait de la frustration la "condition d'un organisme qui rencontre un obstacle plus ou moins insurmontable, extérieur ou intérieur, à la satisfaction d'un besoin", ajoute déjà à celle de SHERMAN la notion de la "valorisation" de l'échec. Cependant, le terme de "besoin" lui-même est ambigu, et peut revêtir des significations multiples. C'est tout le problème de la hiérarchie des tendances et des "besoins" qui, derrière cette définition se trouve reposée; et la question est de déterminer si l'apparition d'un obstacle à la satisfaction de n'importe quel besoin peut entraîner un état de frustration.

°

° °

ROSENZWEIG, dans l'exposé qu'il donne de sa théorie de la frustration (parue en 1944 dans le livre de HUNT : "La Personnalité et les Troubles du comportement") (78), PICHOT et DANJON également (74) dans leur adaptation du

st de ROSENZWEIG semblent en partie répondre à cette critique en établissant qu'il existe une frustration "toutes les fois que l'organisme rencontre un obstacle ou une situation plus ou moins insurmontable sur la route qui le conduit à la satisfaction d'un besoin vital (1) quelconque". La notion de "besoin vital" n'est pas loin d'être aussi ambiguë que la simple notion de "besoin" et la critique formulée plus haut semble pouvoir s'adresser également à cette dernière définition. ROSENZWEIG cependant établit déjà une différence entre la frustration secondaire, à laquelle essentiellement s'applique sa définition et qui est caractérisée "par la présence d'obstacles ou d'obstructions sur la route conduisant à la satisfaction d'un besoin" (74) et la frustration primaire : celle-ci se caractérise par la dissatisfaction qu'entraîne l'impossibilité de satisfaire un besoin actif et se rapproche ainsi beaucoup de la simple "privation".

°
° °

Mais c'est surtout MASLOW qui a insisté sur cette distinction, essentielle selon nous, qu'il convient d'établir entre la "privation" et la "frustration".

"Un but quelconque, dit MASLOW, peut avoir deux sens pour l'individu : en premier lieu, il a un sens inhérent et, en second lieu, il peut aussi revêtir un

C'est nous qui soulignons.

s secondaire, une valeur symbolique" (66), et MASLOW
ne l'exemple de l'enfant à qui sa mère refuse une frian-
se : ce refus peut créer chez l'enfant le simple senti-
ment d'être privé de cette gourmandise, ou également celui
d'être puni, privé, on peut alors ici dire "frustré", de
l'amour de sa mère. Seul en effet pour MASLOW ce second
sentiment est un véritable sentiment de frustration. "Ce
est que quand l'objet d'un désir représente amour, pres-
ge, respect ou réussite, qu'en être privé entraînera les
faits néfastes ordinairement attribués à la frustration
général" (66).

On ne saurait donc parler d'une situation comme
strange qu'autant que cette situation détermine une
menace" pour la personnalité tout entière.

C'est pourquoi MASLOW propose de scinder la notion
de frustration en deux : celle de privation et celle de
frustration avec menace pour la personnalité".

o o

C'est à une conclusion un peu semblable qu'aboutit
HELMAN qui cherchant à établir une situation de frustra-
tion expérimentale, propose de définir la frustration en
termes de "réactions physiques à une situation sociale où
l'individu est placé sur la défensive et délibérément trou-

dans sa progression vers un succès désiré". (36)

On voit cependant qu'ici, plus nettement encore que chez MASLOW, l'accent est mis sur l'importance du caractère qualitatif de la situation de frustration. FREEMAN ne se dissimule pas que la prise en considération de ce point de vue qualitatif est une des difficultés majeures rencontrées dans l'établissement d'un test de frustration. Mais, si cette référence au social est négligée, il est certain que l'on perd une large mesure l'assurance que la situation est effectivement frustrante pour le sujet.

°

° °

Il apparaît donc difficile en définitive de pouvoir définir la notion de frustration en dehors de son aspect qualitatif et en dehors de cette distinction fondamentale, sur laquelle insiste MASLOW, qu'il convient d'établir entre "privation" et "frustration". Et l'on conçoit qu'il soit alors souvent délicat d'inférer des résultats de la Psychologie animale, à ceux des expériences de frustration expérimentale chez l'homme ou aux effets des frustrations véridiques dont l'importance est bien mise en valeur dans la conception psychanalytique.

CHAPITRE II

LA THEORIE DE LA FRUSTRATION AGRESSIVE

- La dynamique du couple frustration-agression.

DOLLARD et ses collaborateurs, MILLER, MORLON, aux Etats-Unis ont développé, depuis une vingtaine d'années la théorie de la frustration-agression qui reconnaît aux situations de frustration un rôle de premier plan dans le déterminisme des conduites agressives, et qui inversement considère celles-ci comme résultant toujours d'expériences frustrantes vécues.

C'est ainsi que MILLER pouvait écrire que "l'apparition de l'agression présuppose toujours l'existence de frustration et qu'inversement l'existence de frustration conduit toujours à quelque forme d'agression".

Cependant, devant les nombreuses critiques adressées à une telle conception, MILLER revise sa position et, dans un article ultérieur (69), il propose de remplacer la première partie de cette formule par celle-ci : "La frustration produit des incitations à un certain nombre de différents types de réponse; l'une de celles-ci est une inci-

ion à quelque forme d'agression".

Ainsi, si la frustration existe toujours à l'origine des conduites d'agression, elle est néanmoins susceptible de déterminer des types de comportement autres que l'agression.

La question qui se pose alors est celle de la hiérarchie et du déterminisme de l'apparition de ces différentes réponses possibles à la frustration.

MILLER pense que les réponses possibles à la frustration sont hiérarchisées et se présentent dans un ordre bien défini; mais la fonction de la "réponse" est de résoudre le problème ou le conflit, "l'état de tension" créé par la frustration. Si le premier type de réponse est incapable d'y parvenir, le second type de réponses apparaît, et celui-ci ne peut non plus conduire à une solution adéquate, les "réponses possibles" suivantes émergent successivement. L'agression n'est qu'une de celles-là, et un facteur supplémentaire intervient fréquemment qui gêne son apparition : la crainte de la punition. La relative souplesse de telle conception, son intégration facile dans la perspective d'une psychologie dynamique sont certainement en faveur. Plusieurs points cependant gagneraient à être précisés.

En premier lieu, la question doit se poser de savoir si

La hiérarchie invoquée par MILLER est une hiérarchie absolue. Il semble plutôt qu'il faille la considérer comme caractéristique de la situation donnée et valable seulement par rapport à elle. Le problème de la dynamique des modifications de cette hiérarchie apparaît alors immédiatement comme conséquence de ce point de vue.

Il faudrait également s'efforcer de connaître les types de réaction à la frustration autres que l'agression, préciser dans la dynamique du couple frustration-agression le rôle respectif des réactions innées physiologiques, des mécanismes d'apprentissage et de la structure même du labyrinthe social où s'effectue cet apprentissage.

Enfin, le déterminisme de l'apparition des conduites agressives, les phénomènes de déplacement, de catharsis, le problème des effets secondaires de l'agression mériteraient une étude particulière. MILLER lui-même d'ailleurs souligne ces différents points.

Deux théories de ces effets secondaires de l'agression s'opposent en effet, comme l'a bien souligné MORLON. Pour les uns, l'effet majeur de la conduite agressive émanée par une situation frustrante est un effet cathartique; l'expression même de l'agression libère les tensions agressives qui se trouvent au contraire renforcées si l'agression ne peut s'exprimer. C'est là d'ailleurs l'opinion de DOLLARD et de ses collaborateurs à la fin du chapitre III de leur livre "Frustration et Agression". Une

elle conception est à rapprocher de celles qui sont à l'origine des techniques de psychodrame et jusqu'à un certain point également de certains aspects de la théorie psychanalytique.

Pour d'autres au contraire, et cette conception est soutenue plus tard par DOLLARD lui-même, l'agression est considérée comme étant renforcée par les manifestations agressives : le fait de "jouer un rôle" quel qu'il soit renforce le sujet dans ce rôle.

e) - Critique de la théorie de la frustration-agression.

Il semble que l'on puisse adresser à la théorie de la frustration-agression trois ordres de critiques :

- On peut en premier lieu lui reprocher d'être excessive, et partant, inexacte dans la mesure où elle pose que l'agression est nécessairement déterminée par la frustration et que la frustration entraîne forcément l'agression. La position de MILLER qui revise ce deuxième point est déjà en quelque sorte une critique faite à la théorie dans ce qu'elle a d'excessif et d'absolu. R. SEARS, à son tour, insiste sur ce fait (89 et 90) que l'agression n'est qu'un mode de réponse possible à la frustration : il essaie d'envisager les autres modes de réponses possibles. Il oppose en particulier les réponses "persistantes et mal ajustées" où le

sujet utilise indéfiniment les mêmes moyens pour essayer d'atteindre aux mêmes buts, aux réponses où le sujet utilise des moyens différents, pour des buts différents : types de comportement proches de ceux de "régression" ou de "sublimation" étudiés en psychanalyse. Mais on peut également se demander si la première partie de la formule qui pose que l'agression reconnaît toujours la frustration à son origine n'est pas également excessive. Nous verrons qu'il peut exister des conduites agressives qui ne sont pas des réactions à la frustration.

peut également poser la question de savoir si la théorie de la frustration-agression est susceptible de recevoir une application générale, ou si elle n'est pas au contraire seulement valable pour une certaine culture. Cette dernière opinion est en particulier celle de G. BATESON (7). Cet auteur étudie du point de vue de la frustration-agression deux types de culture : celle des Iatmul, toujours occupés à rechercher la satisfaction et réagissent agressivement à la frustration; et celle des Balinese, vivant beaucoup plus dans le présent, et chez lesquels l'agression apparaît simplement comme un cas particulier des conduites de substitution. Il conclut que la théorie de la frustration-agression qui s'applique très bien aux Iatmul ne saurait être valable pour les Balinese.

Enfin, on peut adresser à la théorie de la frustration-agression le reproche d'être incomplète et insuffisante dans la mesure où d'une part elle ne s'est pas encore appliquée à étudier (pour autant qu'elle les admette) les facteurs sociaux, culturels, constitutionnels, etc... susceptibles d'influer sur le déterminisme des réactions à la frustration; et où d'autre part elle ne rend que très insuffisamment compte des mécanismes mêmes et de la dynamique de la séquence frustration-agression. Peut-être dans ce sens les apports de la théorie psychanalytique sont-ils intéressants à envisager du point de vue des rapports de la frustration et de l'agression.

CHAPITRE III

LA THEORIE PSYCHANALYTIQUE

Nous ne voulons faire ici que signaler l'importance de la notion de frustration en Psychanalyse par la notion de frustration. Nous essaierons d'envisager plus loin dans quelle mesure les résultats de nos recherches sur les réactions à la frustration de certaines maladies mentales peuvent avec profit être confrontées avec l'explication que la conception psychanalytique donne de ces affections du point de vue en particulier du rôle de la frustration dans leur déterminisme. Ce n'est-à-dire n'est-il cependant pas inutile de préciser dès maintenant trois points qui permettront de mieux situer la notion psychanalytique de frustration.

Il faut tout d'abord remarquer que la "frustration" dont il est question en Psychanalyse est toujours une frustration "vécue", qui par conséquent, pose à nouveau le problème de ses rapports avec les "situations frustrantes" expérimentalement produites.

Les frustrations qui semblent aux psychanalystes les plus importantes et les plus susceptibles d'entraîner des troubles ultérieurs du comportement, sont

les frustrations vécues aux tout premiers stades du développement. Les psychanalystes pensent que les frustrations vécues à ces stades précoces de la vie sont susceptibles de déterminer des mécanismes de fixation, de régression, etc... de l'évolution libidinale qui se traduisent par des troubles profonds de la conscience et de la personnalité.

On sait que la Psychanalyse décrit plusieurs stades du développement : stade oral, stade anal, phalique, oedipien, etc...; de nombreux psychanalystes se sont attachés à décrire les effets particuliers des frustrations survenant à l'un ou à l'autre de ces stades et de les retrouver à l'origine de telle ou telle affection mentale.

Enfin, le fait même que ces frustrations surviennent si précocement expliquent qu'il s'agit généralement de frustrations très larges : la distinction que faisait MASLOW entre simple privation et frustration avec menace pour la personnalité, n'est plus ici valable; en plus exactement elle est inutile : la privation de nourriture exercée sur le nourrisson au stade oral ne peut pas être ressentie comme privation de nourriture ou frustration de l'amour maternel. Elle est forcément l'un et l'autre; à ce stade le désir oral de l'enfant s'adresse à la fois à la nourriture et à la mère et ne les distingue pas l'un de l'autre.

CHAPITRE IV

LA THEORIE DE ROSENZWEIG

- La conception de la frustration de S. ROSENZWEIG.

Pour ROSENZWEIG, la réaction à la frustration s'inscrit dans le cadre plus général de la défense de l'organisme contre les agressions extérieures.

Cette défense de l'organisme s'organise en 3 niveaux : le niveau le plus bas est celui de la défense de l'organisme au niveau cellulaire contre les processus infectieux; le niveau intermédiaire concerne la défense de l'organisme contre les agressions physiques et se traduit par exemple par les modifications biologiques du syndrome de SELYE; le niveau le plus élevé enfin protège l'organisme contre les agressions d'ordre psychologique et en particulier contre la frustration.

ROSENZWEIG (78) étudie de plusieurs points de vue les réactions de l'organisme aux situations de frustration qui constituent des "stress".

- Du point de vue du devenir du besoin frustré, l'auteur distingue des réactions de "défense du Moi" où

le but de la réaction à la frustration est, abandonnant la poursuite de la satisfaction du besoin, de défendre le Moi menacé par l'agression extérieure. Suivant que la responsabilité de la frustration est agressivement rejetée sur des choses ou personnes du monde extérieur, sur le sujet lui-même, ou au contraire minimisée et présentée comme n'incombant à personne, la réaction de défense du Moi est dite extrapunitive, intrapunitive ou impunitive.

A côté des réactions de défense du Moi, existent des réactions de "persistance du besoin" où, au contraire le but de la réaction de l'individu est de trouver une solution à la situation frustrante qui résolve le conflit engendré par elle.

D'un autre point de vue, il distingue les réactions en "directes" (si la réaction est exactement adaptée à la frustration), et "indirecte" (si au contraire la réaction est une réaction de substitution).

Enfin du point de vue de leur capacité à rétablir rapidement l'équilibre psychique ébranlé par la situation frustrante, les réponses sont classées en adaptatives et non adaptatives.

ROSENZWEIG enfin insiste sur le concept de "tolérance frustration" qui, pour PÉCHOT et DANJON se définit "par la capacité d'un individu à supporter une frustration sans altération de son adaptation psycho-biologique, c'est-à-dire sans

re appel à des modes de réponses inadéquates" (74).

Les auteurs reprenant les thèses de ROSENZWEIG rapprochent ce concept de "tolérance à la frustration" de deux concepts psychanalytiques :

- le principe de plaisir et de réalité, et
- le principe de faiblesse du Moi.
- Le passage chez l'individu normal au cours de son évolution des stades infantiles au stade adulte, du principe de plaisir qui exige une satisfaction immédiate de tout désir au principe de réalité qui en admet une satisfaction retardée, implique un développement parallèle de la tolérance à la frustration.
- De même le concept de tolérance à la frustration est en rapport étroit avec celui des faiblesses du Moi dans la mesure où un Moi faible est peu tolérant à la frustration et a tendance à se défendre contre elle par des réactions inadéquates.

Il serait intéressant d'essayer de préciser les facteurs qui déterminent le degré de tolérance à la frustration. Pour ROSENZWEIG, il existe vraisemblablement des facteurs somatiques, héréditaires ou constitutionnels d'une part, et des facteurs psychogénétiques d'autre part. Ces conceptions sont encore à préciser. Il est peut-être intéressant de remarquer qu'elles pourraient l'être

partir de recherches expérimentales d'une part et à partir des résultats des investigations psychanalytiques d'autre part, qui essaient de déterminer le rôle des facteurs psychogénétiques et des frustrations en particulier sur le comportement ultérieur du sujet, notamment sur ses relations aux situations de frustration. Cette position en quelque sorte centrale du concept de tolérance à la frustration, explique sans doute l'intérêt généralement porté au test de frustration de ROSENZWEIG, application pratique de sa théorie.

P.F. test de ROSENZWEIG.

Le "Picture Frustration Study" ou test de frustration de ROSENZWEIG cherche à mettre justement en évidence les types de réactions d'un sujet à la frustration. Il comprend une série de 24 dessins où sont représentés deux ou plusieurs personnages placés dans une situation de frustration. Ces situations peuvent être de deux types : situation d'obstacle au Moi (Ego-blocking) dans lesquelles un obstacle quelconque, personnage ou objet, interrompt, déçoit, dépouille, ou, de toute autre manière directe frustre le sujet, et situations d'obstacle au Sur-Moi (Superego-blocking) dans lesquelles le sujet est l'objet d'une accusation ou est mis en cause par une autre personne.

Les paroles prononcées par le personnage de gauche sont notées dans une case située au-dessus de lui; en de-

On demande au sujet d'inscrire dans la case vide située au-dessus du personnage du dessin les paroles que celui-ci doit répondre; le sujet doit réfléchir le moins possible et donner la "toute première réponse qui lui vient à l'esprit". Il est indispensable d'essayer d'obtenir ainsi la première association du sujet afin de faciliter une situation de projection dans laquelle le sujet s'identifie avec le personnage du dessin. C'est en effet en se basant sur l'hypothèse de cette identification que les réponses peuvent être considérées comme l'expression de la personnalité du sujet.

On dépouille alors les réponses du sujet et on les classe suivant le type et la direction de l'agression.

- Suivant le type de l'agression on distingue :

- Les réponses de "prédominance de l'obstacle" (O.D) où l'accent est mis par le sujet dans sa réponse sur l'obstacle frustrant.
- Les réponses de "défense du Moi" (E.D) où le Moi du sujet joue le rôle le plus important dans la réponse du sujet qui rejette la faute sur autrui ou sur lui-même ou déclare que la responsabilité de la situation n'est imputable à personne.
- Les réponses de "persistance du besoin" où l'essentiel de la réponse est dirigée vers la solution du problème déterminé par la situation frustrante.

Suivant la direction de l'agression, on distingue des réponses extrapunitives, intropunitives ou impunitives suivant que l'agression est dirigée vers autrui, vers le sujet lui-même, ou évitée la situation étant alors présentée par le sujet comme non frustrante.

On obtient ainsi neuf facteurs principaux de cotation. Chaque réponse du sujet est ainsi classée dans l'une de ces neuf catégories désignées par les symboles suivants :

Réponses extrapunitives

de prédominance de l'obstacle	E'
de défense du Moi	E
de persistance du besoin	e

Réponses intropunitives

de prédominance de l'obstacle	I'
de défense du Moi	I
de persistance du besoin	i

Réponses impunitives

de prédominance de l'obstacle	M'
de défense du Moi	M
de persistance du besoin	m

Les réponses du sujet cotées de cette façon et classées dans les catégories correspondantes, un certain nombre de calculs permettent de définir des indices caractéristiques de l'individu. Ce sont :

1. Le G.C.R. ou indice de conformité au groupe : pour chaque dessin on a déterminé quel était dans une population de sujets normaux le type de ré-

ponse le plus fréquent; on calcule le pourcentage de réponses du sujet qui correspond à ces réponses-types. Cet indice se rapproche du calcul du pourcentage de réponses banales au Rorschach.

2. Les Profils.

On calcule le pourcentage par rapport au nombre total de réponses :

- de réponses extrapunitives $\frac{(E' + E + e) \times 100}{24}$
- de réponses intropunitives $\frac{(I' + I + i) \times 100}{24}$
- de réponses impunitives $\frac{(M' + M + m) \times 100}{24}$
- de réponses de dominance de l'obstacle (O.D) $\frac{(E' + I' + M') \times 100}{24}$
- de réponses de défense du Moi (E.D) $\frac{(E + I + M) \times 100}{24}$
- de réponses de persistance du besoin (N,P) $\frac{(e + i + m) \times 100}{24}$

3. Les Patterns ne sont qu'une présentation nouvelle des résultats figurant dans les profils.

4. Les Tendances qui consistent en une comparaison des scores des 12 premières et des 12 dernières réponses.

Nous n'insisterons pas ici sur le mode de calcul des tendances, le passage des pourcentages aux scores pondérés, ni sur le rôle de l'enquête, ren-

voyant pour cela au travail déjà mentionné de PICHOT et DANJON (74).

Nous avons voulu simplement donner une description rapide du test parce que d'une part c'est l'un de ceux à l'aide duquel nous avons examiné nos malades et que nous nous sommes proposés d'en discuter la valeur, et parce que d'autre part il constitue sans doute la meilleure illustration de la théorie de la frustration de S. ROSENZWEIG.

IIème PARTIE

RECHERCHE D'UN TEST OBJECTIF DE FRUSTRATION

CHAPITRE I

RECHERCHES EXPERIMENTALES SUR LES REACTIONS

A LA FRUSTRATION

Comme les travaux de ROSENZWEIG, l'intérêt suscité par la notion de frustration, le grand développement de la psychologie expérimentale ont contribué à faire entreprendre sur le problème des réactions à la frustration de nombreuses recherches expérimentales nombreuses.

Parmi ces recherches certaines sont de simples observations des réactions du sujet à une situation frustrante plus ou moins expérimentalement produite. D'autres fournissent des données plus précises en s'attachant à définir plus étroitement la situation de "stress" et en essayant d'en noter, d'en classer ou d'en mesurer plus minutieusement les effets. D'autres enfin tentent de déborder du domaine de la recherche sur celui des applications et de proposer des épreuves standardisées pouvant à la limite servir de base à la construction d'un

test objectif de frustration.

Il faut de plus distinguer les études faites sur l'animal de celles menées chez l'homme.

De toute façon, le principe de ces expériences est à peu près toujours le même:

Il consiste à mettre le sujet dans une situation frustrante réelle et à noter les modifications de son comportement, au sens large du mot, déterminées par cette frustration effectivement subie.

expériences différent par:

- Le choix de la situation frustrante

et il convient de rappeler ici à ce sujet les objections et les réserves formulées par de nombreux auteurs, FREEMAN en particulier (36) sur le caractère effectivement frustrant pour le sujet de nombre de ces situations de "stress"; elles expliquent que de nombreux types de situations frustrantes aient été proposées suivant les caractères particuliers (psychiques, sociaux, culturels etc...) des sujets auxquels chaque auteur s'adressait.

- La méthode employée pour mettre en évidence les

effets de cette expérience frustrante sur
l'individu.

Expériences animales.

Nous ne nous attarderons pas ici à ces expériences
animales. La plupart sont effectuées chez le Rat;
plus rarement elles sont menées chez des animaux
domestiques: chat, chien ou chez le singe.

"Frustration" est le plus souvent déterminée par
simple privation de nourriture: HUNT (47) étudie
l'effet d'une telle frustration produite dans l'en-
fance sur le comportement du Rat adulte. S.B.
et E. WILLIAMS (107) utilisent l'effet d'une bar-
rière interposée sur le chemin de la nourriture.
D'autres auteurs disposent sur ce chemin des gril-
les et strasses.

L'effet de la frustration est mesuré par la modifica-
tion de la courbe d'apprentissage, le développe-
ment de "fixations" ou d'habitudes anormales
(KLEE: (51)). J.F. SOOT (88) étudie les trou-
bles du comportement et des "ajustements" de
souris frustrées, MAIER et FELDMAN essaient (62)

'établir une relation entre la durée de la frustration subie par des rats et la persistance des habitudes déterminées par cette frustration. Encore convient-il dans toutes ces expériences de faire des réserves sur le caractère "frustrant" des situations et de rappeler la distinction de MASLOW entre frustration et simple privation.

° °

Los études expérimentales de la frustration chez l'homme diffèrent par la situation frustrante employée et, surtout, par la technique utilisée pour en apprécier les effets.

- Dans un premier type d'expériences, l'examineur observe les réactions du sujet à la frustration et les note, soit librement soit en les classant dans l'une ou l'autre de catégories préalablement établies, soit encore en répondant à des frustrations précises sur le comportement du sujet. Les notes et les observations peuvent être ensuite traitées pour essayer d'établir des "types" de réaction à la frustration, et de classer le sujet dans l'un de ces types. De toute façon, c'est le jugement de l'examineur qui permet d'apprécier les effets de la frustration.

C'est ainsi que BROWN (15) étudie un groupe de 163 malades soumis à une situation frustrante qui est une modification de celle utilisée dans les expériences de DEMBO. "Le mode d'observation, dit l'auteur, est celui d'un interview dirigé plutôt qu'une expérience précise".

L'auteur essaie ensuite d'isoler des types de réaction à la frustration.

Il conclue que l'ordre de classification auquel on aboutit de la sorte correspond à peu près à celui de la classification psychanalytique exprimé en termes de profondeur de la régression libidinale.

LANDER (111), de même, étudie les réactions à la frustration d'enfants à qui l'on demande d'apprendre des séries de nombres qu'ils ne peuvent retenir. Il classe les sujets d'après ces réactions et trouve des rapprochements intéressants avec les scores des sujets aux tests de personnalité; il examine les théories de la frustration à la lumière de ces résultats.

HIESEN, WARREN et MEISTER font l'expérience suivante (99) : Ils demandent aux sujets de parcourir un labyrinthe à l'aide d'un stylet, les yeux fermés; puis, dans un second temps les sujets doivent à

nouveau parcourir dans les mêmes conditions le labyrinthe dont, sans qu'ils le sachent, l'issue a été bloquée. Les expérimentateurs apprécient le comportement du sujet et le note sur la base de 12 variables, en se référant à la classification de ZANDER des réactions à la frustration.

ERMAN étudie dans diverses situations frustrantes 75 enfants et 40 adultes.

Il pense que l'un des meilleurs tests de frustration consiste dans l'étude des réactions émotionnelles d'un sujet devant la réussite et l'échec.

"La méthode la plus couramment employée, écrit-il, est d'observer le temps qu'un sujet est susceptible de persister dans une situation où il échoue, ou bien quel degré de "punition" il peut endurer sans abandonner l'épreuve soit par une réaction d'échappement, soit par une diminution de l'effort" (96).

Le rôle des examinateurs est de noter le moment où le sujet perd sa confiance en lui, où apparaissent la rougeur de la face, certains mouvements parasites; certaines mesures physiologiques sont également notées (tension artérielle, pouls, etc.). C'est dans ce même travail que SHERMAN signale que le seuil de frustration des schizophrènes est significativement plus élevé que celui des normaux ou des névrosés.

ERVIS et HASLERUO, également, dans une étude sur les particularités présentées du point de vue de la frustration chez les adolescents aveugles (49) conseillent de se baser surtout sur le comportement du sujet (rougissement, fait de se mordiller les lèvres, etc...).

CLALLAND et APICELLA (59) "frustrant" leurs sujets suivant une technique proche de celle utilisée par DEMBO dans ses travaux sur le niveau d'aspiration. Ils classent les réponses en 14 catégories suivant 4 types différents : échappement, agression, limitation du but, substitution du but.

ans le "stress interview", FREEMAN et MANSON (38) essaient de mettre au point une technique objective pour apprécier les réactions d'un sujet à la frustration : Un jury composé de 4 ou 5 juges accueille d'abord le sujet et lui pose des questions amicales en manifestant qu'il s'intéresse à lui. Ils demandent alors au sujet d'effectuer une tâche difficile (faire simultanément deux actions), s'étonnent des mauvais résultats du sujet, adoptent une attitude de mépris. Ils déclarent cependant qu'ils vont donner au sujet une chance de faire mieux et de "se rattraper" : ils lui proposent alors un problème plus compliqué que le précédent et, de

us, sanctionnent chaque erreur par un léger choc électrique. Ils annoncent alors au sujet que ces derniers résultats sont beaucoup plus satisfaisants et lui demandent de dire de quelles questions qui lui ont été posées au début de l'"interview" il se souvient. On raccompagne alors le sujet en l'assurant de l'amitié des juges. Ceux-ci apprécient alors et notent le comportement du sujet pendant l'épreuve, en essayant d'évaluer :

le degré de tension produit par la situation sur le sujet, et le degré de maîtrise de lui-même qu'il a manifesté,

la rapidité de ses réponses, le caractère ajusté de ses réactions dans les situations frustrantes verbales ou motrices,

l'importance des souvenirs qu'il a gardés des détails de ces situations frustrantes, etc...

- Dans d'autres expériences, c'est le sujet qui doit, après avoir subi une frustration, exprimer son sentiment, soit spontanément, librement, soit en choisissant parmi une série de mots ou d'adjectifs, celui qui exprime le mieux son sentiment. C'est, par exemple, le type de l'expérience de STAFFORD et HSÜ (98) qui soumettent 99 collégiens à une situation frustrante

- en leur demandant de retenir des séries de chiffres sans leur laisser le temps néces-

saire pour saisir la relation logique qui les lient et les apprendre, en corrigeant de façon injuste des épreuves de connaissance courante.

Les sujets ont ensuite à choisir dans une liste d'ad-
fs celui qui exprime le mieux leur sentiment. Sur cette
les auteurs essaient d'isoler des types de réaction à
frustration.

D'autres recherches sont plus directement inspirées
des expériences sur le niveau d'aspiration.

On demande au sujet d'estimer les performances qu'il
a accomplies à un test et on lui annonce un score
beaucoup plus bas que le sens réel. On note l'effet
de cette frustration sur les performances ultérieures.

On peut en rapprocher une expérience de SEASHORE et
BAVELAS (91) qui demandent à des enfants de faire des
dessins. Après chaque dessin on dit à l'enfant d'en
faire un autre qui soit mieux et ainsi 15 fois de
suite. On note l'effet de cette frustration sur les
aspects successifs des dessins.

De ce point de vue, on pourrait ranger dans ce groupe
l'expérience décrite plus haut de Mac CLALLAND et
APICELLA.

- D'autres recherches utilisent des mesures physiologiques. Les principales mesures utilisées sont :

- le pouls
- la tension artérielle
- la respiration (rythme et amplitude)
- le tonus musculaire
- le réflexe psycho-galvanique
- l'électroencéphalographie

Ces mesures sont notées :

- soit au cours même de la situation frustrante,
- soit immédiatement avant et après la frustration,
- dans d'autres cas, on considère le temps nécessaire pour que ces valeurs reviennent à la normale après frustration.

Souvent ces techniques sont utilisées concurremment avec d'autres, en particulier avec celles décrites dans la première catégorie.

C'est ainsi que SHERMAN dans son étude sur le niveau de tolérance à la frustration (96) étudie les modifications du pouls, de la tension artérielle, de l'électroencéphalographie, du réflexe psychogalvanique, les paramètres étant déterminés par la situation frustrante.

Dans un autre travail en collaboration avec JOST (97) sur les réactions à la frustration chez des sujets normaux et névrosés, SHERMAN utilise encore ces mesures physiologiques.

De même THIESEN, WARREN et MEISTER dans l'étude

nous avons déjà parlé plus haut (99), signalent que deux critères physiologiques qui leur semblent les intéressants sont le réflexe psycho-galvanique et le rythme du pouls.

FREEMAN les utilise également dans de nombreuses expériences sur la frustration expérimentale (33, 34, 35). Dans l'une de celles-ci (35), l'auteur demande à un groupe de 30 collégiens de réagir à des différences de difficulté de plus en plus faibles; quand le sujet échoue cet échec est présenté de telle façon qu'il déclenche une réaction de frustration), la série est reprise à partir des discriminations les plus faciles. La frustration influant sur ses performances, l'individu échoue après frustration là où il réussissait avant frustration, et c'est la différence des niveaux auxquels apparaît l'échec qui est apprécié et que l'auteur considère comme caractéristique de la tolérance du sujet à la frustration. Des corrélations élevées sont trouvées entre ces résultats et les mesures physiologiques, en particulier le réflexe psycho-galvanique. Il juge également nécessaire de les utiliser dans ses "suggestions for a standardized stress test" (36), où il s'est efforcé de présenter une épreuve complète susceptible de rendre compte des réactions du sujet à la frustration.

Dans une cinquième série d'expériences enfin, on uti-

la modification survenue dans les résultats de tests physiologiques ou psychologiques subis avant et après frustration.

Les expériences physiologiques précédemment citées doivent donc également être classées dans ce paragraphe puisqu'on utilise les modifications de valeurs physiologiques après frustration.

C'est cette méthode qu'utilise FREEMAN dans ses sections for a standardized "stress" test" dont nous allons maintenant parler. Il demande au sujet de faire simultanément deux tâches; l'appareil utilisé se présente comme une large planche : à droite apparaissent à une vitesse déterminée par la vitesse même du sujet des problèmes de discrimination faciles. A gauche apparaissent des équations mathématiques que le sujet doit, en appuyant sur l'une ou l'autre des touches qui sont à sa disposition, signaler le caractère correct ou incorrect : ces équations apparaissent à une vitesse qui permet au sujet de les suivre facilement si on lui demande sa seule tâche, mais beaucoup plus difficilement si on lui demande d'effectuer simultanément les deux tâches.

FREEMAN après différents essais s'est arrêté à la technique suivante :

Le sujet fait d'abord les deux travaux séparément per-

- dant 5 minutes et subit une épreuve de contrôle de 30 secondes pour chaque travail;
- il fait ensuite les deux tâches simultanément pendant une minute;
 - pendant deux minutes ensuite, il fait encore les deux tâches simultanément mais est de plus gêné par le bruit d'un disque;
 - enfin, il effectue à nouveau chaque travail séparément pendant 30 secondes.

La frustration est mesurée par les différences entre les résultats aux épreuves de 30 secondes du début et de la fin : les sujets les plus frustrables, c'est-à-dire, pour l'auteur, les plus instables du point de vue émotionnel, ont de moins bons résultats aux épreuves finales qu'aux épreuves qui ont précédé la situation frustrante réalisée par la 2ème et la 3ème partie du test.

Les résultats ainsi appréciés ont une corrélation de .41 avec les mesures physiques employées : réflexe psycho-galvanique, rythme du pouls, valeur de la tension artérielle.

BROWER, également, dont nous verrons plus loin les travaux plus en détail, étudie les mesures physiologiques (pouls, tension artérielle, respiration, etc.) avant et après frustration déterminée par un conflit

perceptivo-moteur obtenu par l'épreuve du dessin au noir (10, 11, 12, 13, 14).

Dans d'autres cas, on utilise avant et après frustration des tests psychologiques : tests de performance ou même tests projectifs.

Ainsi FRENCH (39) étudie les modifications au test de ROSENZWEIG d'étudiants frustrés par l'affichage de faux résultats à un examen.

KATZ (50) étudie de façon analogue 70 étudiants : on leur demande de dessiner une figure humaine, puis on les soumet à une situation frustrante en leur proposant des problèmes insolubles; enfin on leur demande de dessiner à nouveau une figure humaine et on étudie les modifications apportées par la frustration à ce dessin, par comparaison de la figure effectuée avant à celle effectuée après frustration. Ici, d'ailleurs, les modifications sont appréciées par un jury et cette expérience par cela même se rapproche de celles que nous avons classées dans la première catégorie.

Cet essai de classification nous a montré d'ailleurs que certaines expériences de technique proposées pouvaient être des formes de passage de l'une à l'autre de ces catégories, ou appartenir simultanément à deux ou plusieurs de ces catégories. Il serait vain de vou-

ir attribuer à une classification qui n'a pour but que permettre d'envisager avec plus de clarté les très nombreuses recherches expérimentales effectuées sur le problème des réactions à la frustration, une valeur absolue.

o

o o

Tels sont les principaux types d'expériences menées dans le but d'étudier les réactions des sujets aux situations expérimentales de frustration.

Quant à ces situations frustrantes elles-mêmes, la simple description des principales techniques nous a montré qu'elles pouvaient être nombreuses.

- Certaines sont dérivées des techniques utilisées par DEMBO dans ses recherches sur le niveau d'aspiration. Telles sont, par exemple, les situations frustrantes utilisées par VRIGHT (108).

- On peut en rapprocher les situations frustrantes produites par l'annonce au sujet ou l'affichage de faux résultats à une épreuve (Expériences de STAFFORD et HSÜ (98), de FRENCH (19)), celles où le rôle principal est joué par l'attitude de l'examineur qui ostensiblement dévalorise une performance du sujet, comme nous l'avons vu dans le "stress interview" de FREEMAN (38) ou dans les expériences de SEASHORE et BAVELAS (91).

- Dans d'autres cas, on réalise une situation frustrante en proposant au sujet un problème insoluble ou soluble, mais pratiquement impossible à résoudre dans le temps qui est laissé à cet effet au sujet : il en est ainsi dans les expériences de SHERMAN (95, 96), de JERVIS et HASLERUD (49), de STAFFORD (98),
- ou encore en compliquant à dessein un travail pour qu'il devienne impossible au sujet de le faire dans le temps qui lui est imparti, et en dérangeant celui-ci dans ses tentatives pour y parvenir; nous avons vu qu'une telle condition était celle cherchée par FREEMAN dans ses "Suggestions for a standardized stress test".
- Enfin, nous avons vu que dans certains cas, dans les expériences animales essentiellement, les auteurs avaient pu s'adresser à des techniques de privation physique ou d'empêchement (expérience de HUNT (47), de WILLIAMS (107)).

FREEMAN a également utilisé comme situation frustrante chez l'homme, l'empêchement d'urines (33).

Mais dans ces dernières situations, plus sans doute que dans toute autre, se pose le problème du degré d'implication du sujet dans la situation.

Le problème le plus délicat et la difficulté majeure, nous aurons à y revenir, sont certainement de pouvoir affirmer qu'une situation est affectivement frustrante pour un individu.

CHAPITRE II

LE DESSIN AU MIROIR

La technique du dessin au miroir consiste à demander au sujet de tracer ou de suivre un contour sans le secours de la vision directe, mais en observant sa tâche par l'intermédiaire d'un miroir dans lequel il voit tous ses mouvements inversés. Elle date à peu près du début du siècle.

Il est intéressant de remarquer qu'elle fut utilisée en psychologie dans des expériences très diverses, et principalement dans l'étude de l'apprentissage et de la dissociation perceptivo-motrice avant d'apparaître comme pouvant rendre compte de certains éléments de la personnalité et, plus récemment avec les travaux de BROWER et de WECHSLER, de la frustration et de l'anxiété.

CARNICHAEL (17) insiste sur le fait que la technique du dessin au miroir a d'abord été attribuée par erreur à DEARBORN. En fait, DEARBORN le premier l'invente et, à partir de 1905 l'utilise, pour ne la publier qu'en 1910 (18). Il l'utilise essentiellement comme une méthode permettant d'étudier expérimentalement l'apprentissage, et plus particulièrement la conduite des essais et erreurs. C'est encore

as ce sens que l'utilise STARCH en 1910).

En 1920, c'est encore comme une technique d'étude la méthode des essais et erreurs que la présente SNOD-

Depuis 1898 cependant le psychologue français HENRI (44) utilisait une technique analogue, consistant demander au sujet en regardant dans le miroir, de tracer une ligne parallèle à une autre ligne donnée : l'intérêt de test pour HENRI consistait essentiellement en une dissociation de la perception visuelle et du mouvement.

La technique est également utilisée par WHIPPLE et toujours dans les mêmes perspectives.

En se basant sur cette méthode, YOAKUM et CALFEE en 1913 (110) essaient de préciser le phénomène de l'apprentissage chez l'enfant et de décrire des types d'apprentissage.

Dans un autre ordre d'idées, il faut également signaler les travaux publiés par VOGT dès 1880 et par LAPRADE en 1902 (65) sur l'écriture au miroir.

Mais c'est à WEIDENSALL (105) que revient le mérite d'avoir utilisé pour la première fois la technique du dessin au miroir comme test de personnalité : le dessin au miroir lui apparaît comme un test susceptible de mesurer la capacité d'un effort soutenu sous un "stress".

HOLSOPPLE, à sa suite, emploie la méthode pour classer les délinquants récidivistes (46) : ceux qui réussissent facilement l'épreuve du dessin au miroir ont sans doute subi plus de mauvaises influences de l'environnement et ne présentent de dispositions antisociales foncières; au contraire qui témoignent à l'épreuve de grandes difficultés seraient les plus profondément antisociaux.

L'épreuve du dessin au miroir apparaît ainsi déjà comme un test d'adaptabilité sociale.

BOIS (8) et BALL (4) essaient à l'aide de cette technique de faire un diagnostic de l'instabilité, les sujets les plus "instables" se laissent le plus facilement égarer par leurs perceptions; le test mesurerait ainsi l'instabilité personnelle.

C'est également, dans une certaine mesure, l'opinion de HUTTITT (58) qui pense pouvoir utiliser le test pour distinguer les sujets normaux des malades mentaux.

Aux U.S.A. pendant la guerre, le test est largement utilisé pour la sélection des officiers.

ANDERSON (3) emploie la technique du dessin au miroir pour le diagnostic de l'introversion-extraversion : les sujets introvertis seraient plus lents que les extravertis. De plus, d'ailleurs, les sujets âgés sont plus lents que les sujets jeunes.

HARTOGGS (43), WECHSLER (104) et JENKINS l'utilisent pour la mesure de l'anxiété : le test est validé par comparaison avec un questionnaire d'anxiété. Les auteurs arrivent à cette conclusion que l'élément spatial présente moins d'importance qu'en facteur temps, les sujets anxieux réagissent à ce "stress" principalement par un ralentissement de l'exécution.

David B. VINSON, tout récemment, a proposé d'utiliser le test du dessin au miroir d'un point de vue pronostic pour les effets de l'électrochothérapie, et tenter d'en prévoir l'efficacité. (102)

BROWER de 1946 à 1948, publie une série d'études sur l'union du test du dessin au miroir (Visuo motor conflict). Il cherche à mettre en évidence les modifications physiologiques et l'amplitude respiratoire, rythme du pouls, tension artérielle déterminées par l'épreuve. Il s'attache ensuite à rechercher les corrélations qui peuvent exister entre certaines données enregistrées avant ou après l'épreuve, et certains traits du caractère ou de la personnalité définis par les résultats des tests.

Dès 1946, en étudiant la respiration et la tension artérielle dans l'épreuve du dessin au miroir (10), il note que cette épreuve consiste bien, essentiellement en un conflit sensori-moteur entre les données de la perception visuelle et de la motricité. De plus, il met l'accent sur l'importance des modifications respiratoires au cours de l'épreuve. Il montre que, pen-

La période du "conflit" la corrélation est élevée en-
mis par le sujet pour satisfaire à l'épreuve et le
es erreurs.

sujet "bien ajusté" est celui chez lequel l'augmenta-
bre des erreurs n'entraîne pas un allongement du temps
e.

in, l'auteur montre dans cet article que l'épreuve me-
à un certain point les réactions émotionnelles du su-
réactions à la frustration.

s une étude ultérieure sur les relations entre l'in-
et les phénomènes cardio-vasculaires avant et après
(13), l'auteur constate que les corrélations entre l'in-
et les mesures de l'activité cardio-vasculaires sont
evées pour les mesures faites avant l'épreuve, et sont
: sans doute, une certaine part d'anxiété existe-t-elle
l'épreuve, et les sujets les plus intelligents arrive-
ux que les autres à se contrôler eux-mêmes et à masquer
cardio-vasculaires secondaires de la frustration. Mais
it là que d'une hypothèse.

OWER étudie également les corrélations entre certains
u Rorschach ("F", "Fc", "FC" et le % de réponses aux
ières planches) et les mesures cardio-vasculaires avant
épreuve du dessin au miroir (11) administrée suivant la
de SPODDY avec la modification suivante : le sujet doit
ment exécuter l'épreuve en vision directe, en vision

laire et les yeux bandés.

Il trace quelques corrélations élevées : en particulier une corrélation de $- .61$ entre le pourcentage de réponses aux trois dernières planches et la pression diastolique après l'épreuve.

En étudiant les corrélations existant entre ces mêmes scores cardio-vasculaires et les scores des différentes catégories du Minnesota Multiphasic Personality Inventory (12), l'auteur trouve une corrélation de $.97$ entre le score hypochondriaque et le rythme du pouls avant l'expérience. Il remarque, de plus que, alors que certaines corrélations sont assez élevées entre les différentes catégories de mesures effectuées avant l'épreuve du dessin au miroir, elles sont beaucoup plus basses et à peu près sans signification statistique entre ces mêmes catégories et les mesures faites après l'épreuve. L'auteur pense que les réactions de l'épreuve sont suffisamment bouleversantes pour détruire ces corrélations.

Dans une dernière étude BROWER cherche quelles relations peuvent exister entre le conflit sensori-moteur et les traits de personnalité (14). Il note que la répression, le premier au T.A.T. semblent être en rapport avec une plus grande exactitude à l'épreuve du dessin au miroir, que le rythme du pouls est le facteur cardio-vasculaire qui suit mieux le comportement du sujet au dessin au miroir.

CHAPITRE III

LE DESSIN AU MIROIR COMME TEST OBJECTIF

DE FRUSTRATION

Ce qui paraît essentiellement ressortir des études de BROWER, de VINSON, de WECHSLER et de ses collaborateurs, c'est que l'épreuve du dessin au miroir constitue une véritable technique permettant de produire expérimentalement une situation de frustration. "Elle paraît, dit BROWER, offrir la possibilité d'étudier le comportement humain dans une condition spéciale de "stress" expérimental". (14)

La brusque désorientation du malade dès le début de l'épreuve, la "violation" de ses habitudes et la "rupture" de ses structures perceptivo-motrices constituent déjà une situation suffisamment frustrante.

"L'épreuve du dessin au miroir, dit encore BROWER, altère les relations psychophysiologiques usuelles qui, pour l'auteur, constitue un large segment de la structure de la personnalité" (14), et la seule modification de ces conditions habituelles constitue une situation de "stress".

La situation sera d'autant plus frustrante que le succès à l'épreuve sera présenté au malade comme normalement attendu en raison de la facilité de la tâche. Il est extrêmement important d'engager ainsi le sujet dans la situation

THE [illegible] [illegible] [illegible]
[illegible]

[The following text is extremely faint and largely illegible due to the quality of the scan. It appears to be a series of paragraphs or a list of items, but the specific words and sentences cannot be accurately transcribed.]

persuader qu'il doit normalement réussir, sans pour-
tant l'encourager, de lui prouver l'extrême facilité de
l'épreuve en l'exécutant au besoin devant lui, de s'étonner
du temps qui lui est nécessaire pour aboutir et du nom-
bre de ses erreurs.

Le sentiment de frustration ressenti par le sujet dé-
clenchera alors en quelque sorte une "réaction catastrophi-
que en chaîne", son sentiment de frustration inhibant ses
capacités motrices, le rendant de plus en plus malhabile
et tel que la conscience de son échec renforce à son tour le
sentiment de frustration. Ainsi le sujet le plus sensible à
la frustration sera celui qui fera le plus d'erreurs et qui
mettra le temps le plus long.

L'augmentation du nombre des erreurs, en effet, dû
au fait que le malade se contrôle et contrôle la situation
de moins en moins bien, entraîne à peu près toujours un al-
longement du temps mis par le sujet pour effectuer l'épreuve.

BROWER remarquait d'ailleurs qu'au cours du conflit
moteur la corrélation était élevée entre le nombre
des erreurs et le temps. Il notait également que chez le
sujet bien ajusté, peu "frustrable", l'augmentation des er-
reurs ne devait pas entraîner un allongement du temps de
l'épreuve. Pour cette raison, il nous a semblé légitime de
considérer que le temps et de négliger le nombre des er-
reurs.

L'appareil que nous utilisons pour l'épreuve du
assin au miroir est une reproduction de l'appareil de
ODDY, constitué par une étoile à 12 branches découpées
ans une plaque de fer. Toutefois, le fond en est en bois
non en verre. Les bords de l'étoile portent une série
encoches analogues à celles de l'étoile de SNODDY.

Le sujet doit parcourir l'étoile ainsi découpée
vec un stylet relié ainsi que la plaque de fer, au courant
secteur par l'intermédiaire d'un petit transformateur
lacé sous l'appareil. Le contact du stylet avec les bords
e l'étoile déclanche une sonnerie qui persiste tant que
e contact n'est pas rompu. Un "couvercle" amovible empêche
a vision directe de l'étoile par le sujet : celui-ci peut
a voir que par l'intermédiaire d'un miroir-plan incliné.
orsque le couvercle et le miroir sont enlevés, le sujet
a de l'étoile qu'une vision directe.

Nous faisons d'abord effectuer au sujet un par-
ours de l'étoile en vision directe.

Les consignes données au sujet sont les suivantes :

Vous voyez ici une étoile découpée dans du fer. Vous devez avec ce stylet parcourir cette étoile. Bien entendu, vous n'avez pas à entrer dans chaque encoche, vous devez au contraire parcourir chaque branche en restant le plus près possible du milieu.

Vous devez aller le plus vite possible dans le sens des aiguilles d'une montre (démonstration) en évitant de toucher les bords. Si vous les touchez, vous déclenchez une sonnerie (démonstration).

Vous ne devez pas lever votre stylet.

Lorsque le sujet a accompli l'épreuve en version directe, on met le "couvercle" et on dit :

Maintenant je mets ce couvercle qui vous empêche de voir l'étoile, mais vous pouvez la voir dans ce miroir (démonstration). Vous allez encore suivre l'étoile, mais dans le sens contraire aux aiguilles d'une montre.

Vous ne devez regarder votre stylet, votre main et l'étoile que dans le miroir. Vous n'avez pas le droit d'essayer de regarder directement.

Vous n'avez pas le droit non plus de lever votre stylet.

Vous devez encore aller le plus vite possible en évitant de toucher les bords de l'étoile.

Il s'agit d'une petite épreuve très facile que vous devez réussir très rapidement". (démonstration)

On met alors le stylet au point de départ et on donne
art de l'épreuve.

On note le temps mis par le sujet pour revenir au
de départ. Si en 10 minutes il n'y est pas parvenu on
l'épreuve et on note le nombre de branches de l'étoile
ru.

Pendant toute la durée de l'épreuve, on note soigneu-
le comportement du sujet :

n comportement moteur, c'est-à-dire ses progressions,
s arrêts, ses hésitations, ses fautes dans son parcours
l'étoile, mais également les mouvements parasites et
conclaires qui, chez les sujets les plus frustrables
viennent très fréquemment;

apprécie également dans quelle mesure le sujet s'ap-
lique à respecter les consignes qui lui ont été données,
tamment celles de ne pas lever son stylet et de ne pas
nter de regarder l'étoile autrement que par l'intermé-
aire du miroir. De ce point de vue il semble que l'é-
euve se prêterait particulièrement bien à une cotation
alitative du type de celle effectuée pour les labyrin-
es de Forteus,

note également très minutieusement le comportement ver-
l du sujet, ses réactions d'impatience, de décourage-
nt, d'abandon, ses réflexions, le jugement que souvent
porte sur lui-même au cours de l'épreuve,

Il est également important d'apprécier par quelle méthode le sujet essaie de résoudre le problème que l'épreuve constitue pour lui (essais et erreurs, effort pour essayer de déterminer la direction d'une branche d'après celle de son image spéculaire, etc...).

Enfin, il est capital de convaincre le sujet pendant la durée du test de la facilité de l'épreuve, de s'étonner constamment qu'il fasse tant d'erreurs, qu'il n'ait pas depuis longtemps terminé, etc... Car c'est là, nous y avons déjà insisté, un des points essentiels qui permet de réaliser réellement de cette épreuve un test de frustration.

III^e PARTIE

RECHERCHES ET RESULTATS EXPERIMENTAUX

CHAPITRE I

Choix des méthodes et constitution des groupes

Nous avons systématiquement examiné un groupe de mélancoliques et un groupe comparable de schizophrènes à l'aide du test de ROSENZWEIG et du test du dessin au miroir. Nous avons également administré à ces malades un test non verbal d'intelligence, dont la saturation en facteur g est relativement élevée: le "Culture Free" de B. B., CATTELL, forme 2 A, et un test de vocabulaire: le test de BINOIS-TICHOT. Nous avons d'autre part examiné à l'aide du test de ROSENZWEIG, des tests de CATTELL et de BINOIS-TICHOT, un groupe de névrosés légers et d'alcooliques, dans le but de comparer leurs résultats du point de vue du P.F. test avec ceux des mélancoliques et des schizophrènes.

Enfin un groupe de 244 sujets adultes normaux ont servi à l'étalonnage de l'adaptation Française

tests de ROSENZVEIG nous a servi de groupe de référence (74).

Constitution des Groupes.

Nous nous sommes efforcés de constituer des groupes malades aussi semblables que possible afin de pouvoir facilement les comparer entre eux:

Nombreuses difficultés néanmoins se sont présentées nous ont semblé difficilement évitables parce qu'inhérentes au caractère même de notre recherche.

1°) Du point de vue du niveau mental des malades, d'une part nous avons essayé de constituer des groupes

- où les scores moyens au test de vocabulaire et au test de CATTELL soient aussi proches que possible d'un groupe à l'autre
- et où la dispersion des scores autour de la moyenne soit aussi faible que possible.

Cependant il est apparu que la détérioration psychométrique moyenne est sensiblement plus élevée chez les schizophrènes que chez les mélancoliques. Il s'agit là d'un fait caractéristique de

La nature même des affections mentales en cause et qu'aucune précaution statistique ne pourrait éviter.

D'autre part, et en raison même de cette détérioration, le nombre de malades qui ont dû être éliminés en raison de l'insuffisance de leur niveau mental a été plus élevé dans le groupe des schizophrènes que dans celui des mélancoliques, des névrosés légers ou des alcooliques; notre groupe de schizophrène apparaît donc comme plus "sélectionné" du point de vue de l'intelligence que les trois autres.

2^e) En dehors même de la détérioration, d'autres facteurs nous ont obligé à éliminer un certain nombre de malades:

- les schizophrènes trop profondément dissociés par exemple qui ne parvenaient à aucun moment à être impliqués dans la situation de test.
- les mélancoliques très anxieux, en présentant une inhibition psychique trop importante qui souvent refusaient l'épreuve.

Ainsi nos schizophrènes, nos mélancoliques, alcooliques, névrosés, ne sont que les

schizophrènes-mélancoliques etc... "testables" c'est à dire souvent le moins profondément atteints.

Il est difficile, de plus, d'apprécier si cette sélection a joué dans la même mesure pour chacun des quatre groupes, les facteurs de sélection n'étant pas les mêmes; mais il est certain qu'elle a été plus importante pour les schizophrènes et les mélancoliques que pour les névrosés et les alcooliques.

2°) Une autre difficulté a été celle de l'âge:

L'âge moyen des malades s'est trouvé être le plus élevé chez les mélancoliques (54-ans) il est de 45 ans chez les alcooliques, de 41 ans chez les schizophréniques, de 36 dans les névrosés. Or il est certain qu'il s'agit là d'un phénomène non pas du au hasard de l'échantillonnage, mais caractéristique au contraire de chaque maladie, et il nous a semblé que c'eût été gravement fausser le problème que d'essayer de constituer (ce qui eût été certes facile) des groupes d'âge moyen égal: c'est bien

schizophrènes-mélancoliques etc... "testables" c'est à dire souvent le moins profondément atteints.

Il est difficile, de plus, d'apprécier si cette sélection a joué dans la même mesure pour chacun des quatre groupes, les facteurs de sélection n'étant pas les mêmes; mais il est certain qu'elle a été plus importante pour les schizophrènes et les mélancoliques que pour les névrosés et les alcooliques.

2°) Une autre difficulté a été celle de l'âge:

L'âge moyen des malades s'est trouvé être le plus élevé chez les mélancoliques (54-ans) il est de 45 ans chez les alcooliques, de 41 ans chez les schizophréniques, de 36 dans les névrosés. Or il est certain qu'il s'agit là d'un phénomène non pas du au hasard de l'échantillonnage, mais caractéristique au contraire de chaque maladie, et il nous a semblé que c'eût été gravement fausser le problème que d'essayer de constituer (ce qui eût été certes facile) des groupes d'âge moyen égal: c'est bien

aux alentours de 45 ans que l'alcoolisme est le plus fréquent, les névrosés traités en Service Libre sont bien en moyenne plus jeunes. Si l'on considère le problème de la mélancolie et de la schizophrénie on voit que :

- parmi les mélancoliques on peut distinguer d'une part, les accès mélancoliques évoluant dans le cadre de la psychose maniaco-dépressive et qui se retrouvent à tous les âges à partir de 20 ou 25 ans, et d'autre part les mélancolies d'involution apparaissant chez des malades de plus de 55 ou 60 ans,
- parmi les schizophrènes, les formes paranoïdes également se rencontrent à tous les âges de la vie, mais la moyenne est abaissée d'une part du fait de l'existence des formes hébéphréniques et des formes précoces de la schizophrénie, et d'autre part du fait que les schizophrènes les plus âgés souvent très dissociés et très détériorés ne

peuvent être testés et ne peuvent
par conséquent rentrer dans le ca-
dre de cette étude.

4°) Du point de vue du sexe des malades, notre groupe
de 26 mélancoliques comprend 24 femmes et 2 hom-
mes; celui des 26 schizophrènes comprend 16 fem-
mes et 10 hommes. Nos alcooliques et nos névro-
sés sont tous des hommes.

Ces faits appellent quelques explications.

L'alcoolisme en premier lieu étant certainement
beaucoup plus fréquent dans les services d'hom-
mes que dans les services de femmes, nous avons
préféré n'étudier que des alcooliques hommes.
Nous avons constitué également d'hommes le grou-
pe de névrosés pour pouvoir plus facilement le
comparer à celui des alcooliques.

Si l'on considère maintenant les groupes de schi-
zophrènes et de mélancoliques, c'est le plus
grand nombre de femmes, surtout chez les mé-
lancoliques qui frappe.

Cette prédominance de la population féminine
dans les Hopitaux Psychiatriques est un fait
bien connu, récemment discuté par STENSTEDT
dans son travail sur la psychose maniaco-dé-

pressive. Il semble qu'on puisse l'attribuer:

- d'une part au fait de l'apport des psychoses séniles, l'âge moyen de la vie étant plus élevé chez la femme.
- d'autre part au fait que l'hospitalisation de la femme dont les charges sociales sont peut-être moins importantes que celles des hommes, est plus facilement demandée par la famille.
- Or il apparaît normal que cette prédominance joue plus chez les mélancoliques que chez les schizophrènes puisque:
 - l'âge moyen des mélancoliques étant plus élevé, l'apport des psychoses séniles, surtout féminin, serait plus net chez les mélancoliques que chez les schizophrènes.
 - de plus, les héritations des familles à demander l'internement se rencontreraient plus dans le cas des mélancoliques où l'accès est un phénomène souvent transitoire, que chez les schizophrènes. (1)

Ces faits nous ont forcé à traiter, en un seul groupe n° 6 mélancoliques. Par contre nous

(1) - La question doit d'ailleurs être également en-

avons traité séparément les 16 schizophrènes femmes et les 10 schizophrènes hommes. Nous avons étudié suivant le même principe le groupe des 15 alcooliques et celui des 12 névrosés.

Il faut enfin signaler que tous les tests appliqués à nos malades l'ont été en passation individuelle tandis que le groupe de référence des 244 sujets normaux a été testé en passation collective.

visagée de savoir si la mélancolie n'est pas en elle-même une affection qui atteint plus facilement la femme.

CHAPITRE II

OBSERVATIONS

Nous pensons qu'il n'est pas inutile de donner maintenant, pour chaque malade des Groupes de Schizophrènes et de Mélancoliques :

- en premier lieu, un résumé extrêmement succinct de l'observation ou une copie des certificats établissant l'aspect purement clinique du "cas"
- également, une appréciation clinique d'ensemble sur le comportement du malade dans le service, essentiellement envisagé du point de vue de son comportement dans des situations de frustration vécues ("comportement")
- enfin une description rapide du comportement du malade pendant l'épreuve du Dessin au Miroir (D.M.)

afin que l'étude des résultats puisse n'être pas seule-

ment statistique, mais également essayer de remonter à l'analyse individuelle des cas, souvent beaucoup plus instructive.

Il eût été sans doute très intéressant de ce point de vue, mais il nous est malheureusement impossible dans le cadre de ce travail, de rapporter pour chaque malade le protocole complet des réponses au test de Rosenzweig.

Obs. n° 1 - Simone Le L...

- Premier internement en 1949.

Certificat de quinzaine du 21 Juin 1949.- Présente des troubles mentaux caractéristiques d'une psychose schizophrénique avec forte dissociation (distraction, trouble de la pensée. Incohérence idéo-verbale. Comportement catatonique). Autisme peu exprimé. Inadaptation. Négativisme. Evolution grave et rapide vers la désagrégation psychique. En cours de traitement. A maintenir. (Dr. E..).

Nouvelle entrée le 8 Novembre 1951.

Etat à peu près identique (comportement négativiste et stéréotypé, barrages, autisme) avec, de plus des phénomènes hallucinatoires et un syndrome d'influence.

- Comportement. Malade agressive, opposante. Tendance à rejeter sur les autres la responsabilité de ses ennuis.

- D.M. Tracé assez lent. Rend l'"énervement" que suscite chez elle la sonnerie responsable de cette lenteur.

Obs. n° 2 - Hélène D...

Certificat de quinzaine du 15 Octobre 1945.- Présente des troubles mentaux caractéristiques d'une psychose discordante à évolution démentielle. Désagrégation schizophrénique avec agitation catatonique stéréotypée et impulsive. Verbigérations. Type de démence paranoïde. Activité hallucinatoire à forme de dialogue et de soliloque. Inadaptation autistique. Assez bon état physique. A maintenir. (Dr. E..).

Le même état de dissociation schizophrénique avec désordre du comportement, énoncé de thèmes délirants plus ou moins fugaces, persistait au moment où la malade a été examinée en Juin 1952.

- Comportement. Réactions enjouées. Fréquemment les situations de frustration ne sont pas comprises par le malade comme telles. A tendance à en rire.

- D.M. Hésite. Ne parvient pas à s'orienter. Réflexions continues.

Obs. N° 3 - Marie-Louise T...

Certificat de quinzaine du 15 Février 1940.- Est atteinte de troubles mentaux caractérisés par un fléchissement considérable de l'activité intellectuelle avec désintérêt, inertie, perte de toute initiative, indifférence affective et émotionnelle, mutisme, oppositionnisme, refus partiel d'aliments, soliloque, possibilité d'hallucinations auditives, attitudes stéréotypées. Etat schizophrénique en évolution depuis cinq ans traité sans succès par la méthode de VON MEDUNA et par l'insulinothérapie associée à la cardiazolthérapie. Réflexes normaux. A maintenir. (Dr. L..).

- Comportement. Malade souvent revendicatrice, opposante, par moment même insolente. Se juge le plus souvent lésée de ce à quoi elle pense avoir droit.
- D.M. Dit qu'elle ne peut arriver à faire ce qu'on lui demande "à cause de sa main".

Obs. n° 4 - Solange A...

Premier internement en 1947, puis en Février et Juin 1949. Certificat de 24 heures du 19 Juin 1949.- Présente des troubles mentaux caractéristiques d'une psychose discordante. Caractère schizoïde. Introversion. Rêveries et fabulations délirantes. Inadaptation à la vie sociale. Désintérêt. Ambivalence. A récemment accouché. Indifférence à l'égard de sa maternité. A maintenir. (Dr. E..).

Certificat de quinzaine du 2 Juillet 1949.- Présente des troubles mentaux caractéristiques d'une psychose schizophrénique à évolution torpide. Dissociation peu marquée. Rêveries autistiques. Fond schizoïde. Désintérêt. A maintenir. (Dr. E..).
Actuellement, même état de rêverie, d'introversion avec indifférence affective, autisme, ambivalence.

- Comportement. Peu sensible aux situations de frustration qu'elle comprend mal.
- D.M. Gentillesse, s'efforce de faire bien. Quelques moments de distraction.

Obs. n° 5 - Josette F...

Certificat de quinzaine du 15 Septembre 1951.- Présente des troubles mentaux caractéristiques d'une psychose schizophrénique. Dissociation typique et activité autistique très riche. Pensée hermétique. Language incohérent. Bonne adaptation à la vie sociale du service. Longue évolution des troubles. A maintenir. (Dr. E..).

Certificat de situation du 2 Novembre 1951.- Est atteinte d'une psychose paranoïde. Délire incohérent avec automatisme mental et constructions imaginatives. A maintenir, sous réserve d'un transfert possible dans l'établissement d'assistance psychiatrique de son ressort. (Dr. P..).

- Comportement. Malade calme, vivant avec une relative indifférence les situations de frustration.
- D.M. Comportement lent mais appliqué.

Obs. n° 6 - Emilie S...

Certificat de quinzaine du 3 Février 1943.- Présente des troubles mentaux caractéristiques d'une psychose discordante. Dissociation schizophrénique discrète. Bizarries. Léger négativisme. Soliloques. Actes saugrenus. Discontinuité de la pensée. Attitudes autistiques. Contact possible mais restreint avec l'ambiance. Bon état physique. A maintenir. (Dr. E..).

Certificat de transfert du 10 Juin 1952.- Présente des troubles mentaux caractéristiques d'une psychose schizophrénique sur fond de schizoïde. Troubles mentaux intermittents et discrets dans l'intervalle desquels le comportement est sensiblement normal. Internement motivé actuellement par les conditions sociales d'assistance. (Dr. E..).

- Comportement. Malade très renfermée, évitant le contact avec les autres, s'efforçant de ne pas manifester ses réactions trop vivement dans les situations de frustration.
- D.M. Réaction d'énervement contenu. Essaie de minimiser son échec en disant qu'il s'agit d'une "plaisanterie".

Obs. n° 7 - Eve-Marie B...

Certificat de quinzaine du 7 Mars 1942.- Présente des troubles mentaux caractéristiques d'une psychose schizophrénique. Délire paranoïde à forme hallucinatoire. Incohérence idéo-verbale. Pensée autistique n'excluant pas la possibilité de propos adaptés. Syndrome de dissociation typique mais relativement discret. Troubles du cours de la pensée, ambivalence, distraction. Troubles du comportement. Réactions antisociales sous l'empire de l'activité délirante. Bon état physique. A maintenir. (Dr. E..).

Même état actuel de dissociation schizophrénique. Persistance des phénomènes hallucinatoires, de l'autisme, du flou de la pensée.

- Comportement. Malade assez opposante. A tendance à manifester son mécontentement dans des situations de frustration par exemple quand elle ne reçoit pas une visite attendue.
- D.M. Tracé lent. Quelques réflexions pour légitimer cette lenteur.

Obs. n° 8 - Suzanne B...

Certificat de situation du 24 Décembre 1943.- Présente des troubles mentaux caractéristiques d'une psychose schizophrénique à évolution déjà ancienne. Introversion. Bizarries d'attitude. Troubles graves du comporte-

ment social. Pensée paralogique, concepts et intuitions de type archaïque. Tendance à l'incohérence idéo-verbale préfigurant une évolution schizophasique. Délire paranoïde de type autistique. Impénétrabilité des expressions du travail délirant. Désagrégation hallucinatoire de la synthèse personnelle et des valeurs de réalité. Profusion chaotique de récits, d'images, de griefs et d'expériences délirantes. Morosité. Impulsivité. Profond bouleversement de la vie affective. Haine familiale. Bon état physique. (Dr. E.).
Persistance actuelle d'un état mental à peu près identique.

- Comportement. Malade orgueilleuse et assez coléreuse. Attitude de revendications continuelles contre son internement.
- D.M. Parle peu. Bon résultat sans trop de difficulté.

Obs. n° 9 - Charlotte S...

Certificat de quinzaine du 19 Avril 1951.- Présente des troubles mentaux caractéristiques d'une psychose schizophrénique sur fond dégénératif. Syndrome de séquelles encéphalopathiques (Strabisme convergent, troubles trophiques, myopie). Troubles du caractère. Bizarreries. Impulsivité. Désordre schizopraxique. Autisme hallucinatoire à évolution par poussées aiguës. Crises intermittentes d'agitation. Négativité. Traitée par lobotomie il y a quatre mois. A maintenir. (Dr. E.).

- Comportement. Agressive et revendicatrice par moments.
- D.M. Est incapable de s'empêcher de regarder directement l'étoile, et d'effectuer son tracé au miroir suivant la consigne.

Obs. n° 10 - Jacqueline R...

Malade entrée en Service Libre le 18 Juin 1952.

Il s'agit d'un processus schizophrénique avec barages, ambivalence, troubles du cours de la pensée, bizarreries du comportement, parasitisme mimique, autisme. Pas d'idées délirantes ni de phénomènes hallucinatoires, pas de syndrome d'influence. Niveau d'instruction du baccalauréat. Légère rémission après traitement.

- Comportement. Tendance à s'accuser ou à excuser les autres. Humilité. Sentiments religieux profonds.
- D.M. Tracé lent. S'excuse de ne pas aller plus vite. Peu d'erreurs.

Obs. n° 11 - Jeanne T...

Certificat de 24 heures du 9 Juin 1945.- Présente des troubles mentaux caractéristiques d'un état para-

noïde. Idées délirantes non systématisées de persécution, d'influence de grandeur (elle a une responsabilité mondiale). Hallucinations auditives impératives. Schizophrasie. Récits embrouillés, prolixes. Troubles du cours de la pensée. Inaffectivité, quelques impulsions. Début des troubles il y a dix ans. Nombreux séjours en maison de santé. A maintenir. (Dr. B...)

Certificat de quinzaine du 22 Juin 1945. - Présente un état paranoïde. Délire de persécution et de grandeurs. Hallucinations auditives. Schizophrasie. Désagrégation de la personnalité. Désintérêt profond. A maintenir. (Dr. B...) On note encore actuellement le même état schizophrénique, avec des idées délirantes mal systématisées de grandeur et d'influence, indifférence affective, quelques réactions impulsives, phénomènes hallucinatoires.

Comportement. Perçoit mal les situations de frustration comme telles.

D.M. Est mal impliquée dans la situation de test. Réflexions sur l'inutilité de l'épreuve qu'on lui fait passer.

Obs. n°12 Marie-Louise C...

Certificat immédiat du 8 Février 1952 - Schizophrénie, dissociation mentale. Idées délirantes, non systématisées à thèmes de préjudice, de persécution et de mysticisme. Elle a souffert pour les autres, grâce à une blessure causée par un bombardement. Elle a travaillé et fait pénitence pour les autres. Elle s'est dévouée à la "robe bleue" On l'a mise, de force, en prison. Sa famille l'a fratriée et a refusé de donner son sang pour les autres. Refuse de manger pour que ses aliments soient donnés à un prêtre. Troubles du comportement dans sa famille. Agressivité, incurie, petites fugues. Recouvrement important de la jambe droite par fracture du fémur. A maintenir. (Dr. I...)

Comportement. Comportement "Bizarre" Réactions enfantines par moments. Tendance à se juger responsable de ce qui arrive.

D.M. Tracé rapide avec de nombreuses erreurs. Parle peu.

Obs. n°13 - Hélène B...

Certificat immédiat du 10 Décembre 1948 - Excitation intellectuelle vive. Troubles schizophréniques du cours de la pensée. Délire de persécution. Réticences. Volubilité. - Rajeunement. Parenthèses inutiles. Digressions oiseuses. Réserve après chaque phrase. Minutie. Rectifications. Formules vagues, imprécisions. Salade d'idées. Incohérence et incoordination. Troubles profonds du jugement. Incongruités. Associations baroques.

Am-
bivalences. Méfiance. Refus de dire. Révélations délirantes, par échappées, son beau-frère l'a faite interner pour jouer au Monsieur, pendant ce temps là. Pas de signes neurologiques. Retour critique récent, semble-t-il d'un trouble ancien. Aménorrhée au début de l'accès actuel. A maintenir. (Dr. F..)

Certificat de transfert du 15 Février 1952. - Schizophrénie. Dissociation psychique. Phrase d'excitation irrégulières. Doit être transférée dans son département d'origine. (Dr. P..)

Comportement. - Malade revendiquant périodiquement contre son internement. Peu agressive.

D.M. Réaction d'échec dès le début. Se dit incapable de réussir. "C'est trop difficile pour moi etc..."

Obs.n° 14 Simone B...

Certificat immédiat du 31 Aout 1951. - Excitation-Agitation motrice. Propos incohérents. Réponses inadaptées. Gestes sans but. Depuis un an, fatigue intellectuelle. Rires im-
motivés. En observation. A maintenir. (Dr. P..)

Certificat de quinzaine du 14 Septembre 1951. - Accès d'excitation. Propos incohérents et inadaptés. Possibilité d'évolution schizophrénique. En traitement. A maintenir. (Dr. P..)

Comportement. - Malade douce, attitude renfermée en dehors de ses phases d'excitation.

D.M. - Tracé lent, mais appliqué.

Obs.n° 15 Eugénie D...

Certificat immédiat du 8 Septembre 1951. - Troubles du type schizophrénique. Mimique inadaptée, rires et sourires, sans motif. Répond les yeux baissés, d'un ton détaché et morne. Capable de donner des renseignements sur ses antécédents mais déclare qu'elle ne sait pas très bien ce qui est vrai, ou faux. Il lui semble que toute sa famille est morte, elle a souvent des idées tristes. Rappelle la mort d'un frère, il y a trois ans. Indifférence affective. A maintenir. (Dr. P..)

Comportement. - Timidité. Tendances à s'accuser, se mêle peu aux autres malades.

D.M. Nombreuses erreurs. Essai cependant de réussir "pour faire plaisir, parce qu'il le faut".

Obs.n° 16 Marie-Thérèse M...

Certificat immédiat du 24 Octobre 1951. - Hébétéphrénie. Troubles du comportement depuis plusieurs années. Instabilité. Inactivité. Tentatives de suicide. Agressivité envers

ses parents avec troubles aigus, ayant déjà nécessité deux séjours dans un service neuro-psychiatrie. A l'examen, subexcitation, mimique mobile, parfois désadaptée, rires immotivés. Exprime, en rien, son hostilité envers sa famille, son désir d'indépendance et de liberté, contrariée par l'entourage, qui n'a pas les mêmes idées qu'elle. Troubles du cours de la pensée. Expression assez recherchées. A maintenir. (Dr. P..)

Comportement. - Maniérisme. Aime "faire l'enfant". Réagit fréquemment de façon puérile aux situations de frustration. Bouderie. Dit qu'elle est "punie".

D.M. Réussit avec une relative facilité. Nombreuses réticences avant d'accepter de subir l'épreuve.

Obs. n°17 Jules G..

-----Malade entré dans le Service en 1927-Schizophrène à forme paranoïde d'évolution ancienne. Bizarries du comportement, phénomènes hallucinatoires, idées délirantes massivement systématisées. Progrès incohérents par moments.

Comportement. - Tendances à s'accuser. Accepte sans agressivité les situations de frustrations

D.M. - Erreurs nombreuses. Arrêt prolongé à chaque sommet de l'étoile.

Obs. n°18. Turenne S..

Malade entré dans le Service en 1925. Délire paranoïde évoluant depuis lors avec syndrome de dissociation schizophrénique; quelques troubles du cours de la pensée.

Comportement. - Assez sensible aux situations de frustration auxquelles il réagit parfois de façon agressive.

D.M. - Nombreuses erreurs. Parvient à terminer juste dans le temps limite.

Obs. n°19. - Antoine G..

Certificat de quinzaine du 27 Décembre 1947-Accès psychotique aigu délirant et anxieux avec idées sacrilèges et à thème cosmique évoluant sur un fond de déséquilibre avec élément hystériques. Plusieurs accès antérieurs de déchéance progressive. Pronostic d'avenir réservé. (Dr. P.)

Certificat de situation du 20 Juin 1951-Délire paranoïde évoluant depuis plusieurs années. Hallucinations auditives. Thèmes délirants cosmiques. Incurie, malpropreté, irritabilité. Etat chronique. Ne peut remplir ses obligations militaires. (Dr. P.)

Comportement. Réagit avec humilité aux situations de frustration.

D.M. Parle pendant tout le temps de l'épreuve. Exprime essentiellement des idées délirantes d'auto-accusation

Obs. n°20 André B...

Malade entré dans le service en 1948, présentant des troubles du caractère, de l'effectivité, une désadaptation sociale qui l'ont forcé à interrompre ses études de Médecine. Ambivalence, troubles du comportement, barrages,

utisme, symptomatiques d'un processus schizophrénique en évolution.

Comportement. Réactions coléreuses par moments. Tendance à l'auto-accusation.

D.M. Réussite facile. Tracé sûr.

Obs. n°21 Victor G..

Certificat de Quinzaine du 4 Janvier 1940-Est atteint de Démence Précoce (Dr. D..) Actuellement le malade présente un certain degré de désagrégation de la pensée, phénomènes de barrage, autisme.

Comportement-Malade réagissant souvent de façon très agressive vis à vis des autres aux situations de frustration

D.M. Erreurs. Difficulté à se soumettre aux consignes. Mouvements amples.

Obs. n°22 Léon G..

Schizophrénie évoluant depuis plusieurs années. Ambivalence Parasitisme mimique, troubles du cours de la pensée.

Quelques propos incohérents aux réponses à côté. Idées délirantes. Sens systématisation.

Comportement-Assez peu sensible aux situations de frustration.

D.M. S'efforce de bien faire. Quelques hésitations. Le malade demande fréquemment si c'est bien ainsi qu'il doit procéder.

Obs. n°23 Paul S...

Malade entré dans le Service en 1938.-Au moment où il est vu, persistance du même état paranoïde avec flou de la pensée, incohérence des actes, indifférence affective, affaiblissement intellectuel.

Comportement-Malade docile, manifestant peu d'agressivité dans les situations de frustration.

D.M. Hésitations multiples. Arrêts prolongés. Termine exactement dans le temps limite.

Obs. n°24 Fernand N..

Certificat immédiat du 13 Avril 1927-Est atteint de troubles mentaux caractérisés par l'absence de l'indifférence affective avec conscience de l'état morbide. Hallucinations épisodiques et bouffées coléreuses. Etat permanent de rêverie et d'autisme. Psychose paraissant évoluer depuis 10 ans, avec des périodes de rémission. A observer. (Dr. A..)

Certificat de quinzaine du 26 Avril 1927-Est atteint de démence précoce en évolution, apathie, indifférence affective, autisme rêveuse, bouffées hallucinatoires. Psychose évoluant depuis plusieurs années. A maintenir. (Dr. D..) Persistance, au moment où le malade est vu d'un état du même type avec phénomènes hallucinatoires moins importants. Le malade parvient à s'occuper dans le service.

Comportement. - Malade calme. Tendance à l'auto-accusation.
D.M. - Diffusés au début. Tracé plus rapide ensuite.

Obs. n° 25. - Michel H...

Certificat immédiat du 28 Mars 1951. - Troubles psychiques traités depuis 1948, en maison de santé (plusieurs séjours) et évoluant depuis 5 ans environ, caractérisés par inertie, incurie et thèmes délirants d'influence. Inertie psycho-motrice considérable - fugues - idées de suicide récentes et non exprimées (aurait tenté de se trangler avec une ficelle). Idées délirantes non systématisées: demande à son père de l'émasculer et de l'opérer dans la tête. Indifférent, inconscient de l'état morbide. A observer et à traiter (Dr. M.)

Certificat de Quinzaine du 16 Avril 1951. - Hébéphrénie. - inactivité. Indifférence. En traitement. A maintenir. (Dr. P.)

Comportement. - Malade indifférent à ce qui l'entoure. Se plaint de son internement. Quelques rares réactions agressives.

D.M. Tracé hésitant. Arrêts fréquents. Distraction.

Obs. n° 26. - Roland R...

Certificat de 24 heures du 19 Septembre 1935. - Parait atteint de psychose discordante, légère dissociation mentale. Episodes hallucinatoires. Désordre du comportement. (Dr. P.)

Certificat de Situation du 31 Janvier 1938. - Est atteint de délire paranoïde. Désordre de la pensée et du comportement. Idées de persécution paraissant asystématiques. Réactions scandaleuses et dangereuses. Evolution déjà ancienne et paraissant chronique. (Dr. P.)

Comportement. - Malade assez bien adapté dans le service. Est assez sensible à la frustration.

D.M. - Désir de bien faire. Quelques erreurs. Quelques arrêts prolongés.

Obs. n° 27 - Eugénie M...

Psychose périodique évoluant depuis l'âge de 19 ans (1902).

Certificat de 24 heures du 28 Avril 1952. - Présente des troubles mentaux caractéristiques d'une psychose périodique. Nouvel accès dépressif ayant motivé son hospitalisation à nouveau dans le service. A maintenir. (Dr. E.)

Certificat de quinzaine du 11 Mai 1952. - Est atteint d'une psychose périodique à manifestations dépressives actuelles. Pas de modification depuis l'entrée. A maintenir. (Dr. P.)

Comportement. - Tendance très marquée à l'auto-accusation dans les périodes de dépression.

D.M. - Ne peut parcourir que 6 branches de l'étoile. Réflexions continuelles: "Je ne peux pas... je ne peux vraiment pas... je n'y arrive pas..."

Obs. n° 28.- Joséphine F...

Malade entrée dans le service le 24 Mars 1952. C'est depuis 1946, son quatrième internement.

Certificat de 24 heures du 26 Mars 1952.- Présente des troubles mentaux caractéristiques d'une psychose périodique à forme d'accès dépressifs. Psychose sénile avec affaiblissement progressif des capacités intellectuelles. Syndrome d'insuffisance cardiaque (dyspnée, cyanose, hypertension, arythmie). Déjà placée à plusieurs reprises pour troubles analogues. A maintenir. (Dr. E..).

Certificat de quinzaine le 8 Avril 1952.- Est atteinte d'un affaiblissement intellectuel d'involution sénile à teinte dépressive. Nombreux accès mélancoliques antérieurs sans rémission durable. Troubles circulatoires avec décompensation cardiaque. A maintenir. (Dr. P..).

Comportement.- Tendance à accepter la responsabilité de ce qui arrive, mais quelques réactions agressives dirigées sur autrui également.

D.M. - Arrêts prolongés aux angles, ne peut franchir le 5ème angle : "c'est trop difficile pour moi".

Obs. n° 29.- Marie-Louise M...

Certificat de quinzaine du 22 Novembre 1950.- Présente des troubles mentaux caractéristiques d'une psychose mélancolique. Angoisse névrotique permanente. Auto-accusations. Dégoût de la vie. Forte dépression. Hystérectomie en 1935. En cours de traitement. A maintenir. (Dr. E..).

Comportement.- Auto-accusation constante. La malade se juge responsable de tout ce qui arrive en mal.

D.M.- Malade concentrée sur son travail, parlant peu.

Obs. n° 30.- Hélène Van A...

La malade a été internée 5 fois pour des accès maniaques ou mélancoliques de brève durée évoluant dans le cadre d'une psychose maniaco-dépressive.

Plusieurs de ces accès ont été déterminés par un accouchement récent.

C'est au cours de son 4ème internement que la malade a été observée.

Entrée le 17 Avril dans un état de subexcitation et d'agitation confuse, elle se présente au mois de mai, à la suite d'une série d'électro-chocs dans un état mélancolique avec tristesse, adynamie, crise de larmes. Anxiété centrée surtout sur le sort qui attend ses enfants. Réponses lentes et brèves.

Comportement.- Facilement aggressive et coléreuse quand elle est frustrée.

D.M.- Mouvements désordonnés. Réflexions sur l'inutilité de l'épreuve. Difficulté à se conformer aux consignes. Ne termine pas.

Obs. n° 31.- Catherine L...

Certificat de 24 heures du 27 Octobre 1951.- Est atteinte d'un état dépressif avec idées scrupuleuses d'auto-accusation. Ruminations mentales péjoratives. Obsessions écornétiques. Ressassements. Eléments hypersténiques associés. Légère volubilité. Fermeté du comportement et des traits. Tendances interprétatives et délirantes. Conscience des troubles de l'humeur et d'exaspérations caractérielles. Possibilité d'un léger affaiblissement psychique (s'attribue 57 ans au lieu de 55). Sclérose cérébrale probable. Acouphènes. A maintenir. (Dr. P..).

Comportement.- Tendances à s'accuser et à se disculper simultanément. Sentiment de culpabilité.

D.M.- Réflexions à chaque hésitation. Demande qu'on l'aide.

Obs. n° 32.- Germaine C...

Malade entrée le 28 Avril 1952.

Depuis 16 mois elle présentait un état dépressif avec morosité, craintes de l'avenir, auto-accusation, insomnie.

Dans le service, elle est inactive, parle peu, s'inquiète du moindre bruit, idées noires, bradypsychie, pas d'idées de suicide.

Un accès dépressif antérieur en 1914.

Amélioration par une cure de laudanum et deux électrochocs.

Comportement. Malade timide, inhibée, fuyant les autres malades. Peu de réactions agressives dans les situations de frustration.

D.M. Tracé lent. Peu de réflexions.

Obs. n° 33.- Cécile F...

Certificat de 24 heures du 8 Mai 1952.- Présente des troubles mentaux caractéristiques d'une psychose maniaco-dépressive. Accès de mélancolie à forme d'état mixte. Alternance de stupour, d'inhibition et d'angoisse et de fuite des idées et d'exaltation. Rechute récente. Etat physique médiocre. A maintenir. (Dr. E..).

Certificat de quinzaine du 21 Mai 1952.- Est atteinte d'une psychose périodique. Troisième accès depuis un an. Etat dépressif actuel avec préoccupations scrupuleuses et inhibitions. Accès semblant en voie de déclin sous l'influence du traitement. Retour d'un certain enjouement. Persistance de l'insomnie. A maintenir. (Dr. P..).

Comportement. Malade ayant assez peu de contact avec les autres. S'oriente surtout dans les situations de frustration vers la recherche d'une solution.

D.M. Tracé rapide et assez sûr.

Obs. n° 34.- Marthe L...

Certificat de 24 heures du 6 Mai 1952.- Présente des troubles mentaux caractéristiques d'une psychose dépressive. Perplexité. Hypochondrie. Troubles cénestopathiques. Un accès antérieur. Tentative récente de suicide. A maintenir. (Dr. E..).

Certificat de quinzaine du 19 Mai 1952.- Est atteint d'un état dépressif à forte teinte hypochondriaque. Inquiétude. Morosité. Episode mélancolique avec tentative de suicide. En cours de traitement. Légère amélioration depuis l'entrée. A maintenir. (Dr. P..).

Comportement. Malade se plaignant constamment et aimant à se faire plaindre. Réaction d'angoisse dans les situations de frustration.

D.M. Incapable de s'orienter. Lève continuellement le stylet. "Je ne peux pas... ça me trouble quand je suis dans une place".

Obs. n° 35.- Louise P...

Certificat de 24 heures du 2 Mars 1951.- Présente des troubles mentaux caractéristiques d'un état de déséquilibre psychique à fortes tendances dépressives et paranoïaques. Structure pathologique de caractère fixé dans un système de tendance auto et hétéro agressives. Crises d'anxiété et de découragement. Existence mouvementée et axée par une revendication affective constante. Condamnée pour incendie volontaire puis pour vagabondage. Toute réaction antisociale consécutive au déséquilibre foncier de son équilibre affectif. A maintenir. (Dr. E..).

Au moment où la malade a été observée en mai 1952, elle se présentait dans un état dépressif net, caractérisé par des idées noires, un dégoût profond de la vie avec velléité de réitérer ses tentatives de suicide, désintérêt, refus de rechercher une solution adéquate, réactions anxieuses, ralentissement de l'activité, insomnies, évitement du contact avec les autres malades.

Comportement. Revendication affective profonde. Sentiment d'avoir été toujours abandonnée, frustrée. Sentiment de culpabilité à l'égard de sa mère qui est morte "par sa faute". Mais réactions agressives aux frustrations de la vie quotidienne.

D.M. Tracé rigide et correct. Légère anxiété au début de l'épreuve.

Obs. n° 36.- Marie B...

Certificat de 24 heures du 18 Mars 1951.- Présente des troubles mentaux caractéristiques d'une mé-

lancolie d'involution. Rechute récente. Anxiété. Troubles cénestopathiques. Refus partiel d'aliments. Myocardite avec gros troubles fonctionnels. Etat physique médiocre. A maintenir. (Dr. E..).
Certificat de quinzaine du 31 Mars 1951.- Présente des troubles mentaux caractéristiques d'une psychose mélancolique d'involution. Hypochondrie. Troubles cénestopathiques. Légère amélioration de l'anxiété. Insomnies. En cours de traitement. A maintenir. (Dr. E..).

Comportement. Attitude de revendication contre son internement. Se plaint d'être mal soignée. Quelques réactions agressives.

D.M. Orientation très difficile : "Je ne peux pas, quelle horreur... ça me repousse". Ne parvient pas à terminer.

Obs. n° 37.- Suzanne B...

Certificat de quinzaine du 29 Octobre 1951.- Est atteinte d'une psychose rémittente d'involution avec troubles alternés de structure paranoïaque et de dépression mélancolique. Actuellement retour à un état dépressif avec crises de larmes, ruminations de deuil, obsessions du passé. Sédation encore très instable des troubles. A maintenir (Dr. P..).

Comportement. Malade réagissant le plus souvent par l'agressivité et la violence aux situations de frustration. Cherche cependant à apparaître douce et conciliante.

D.M. Ne peut continuer au-delà du 7ème angle auquel elle demeure longtemps arrêtée.

Obs. n° 38.- Renée B...

Entre dans le service le 31 Mai 1952.

Malade anxieuse qui semble en proie à une vive douleur morale. Se dit dégoûtée de tout, persuadée de ne jamais guérir; auto-accusation, idées de suicide, crises de larmes. Conscience de l'état morbide. Rapidement améliorée par une série d'électrochocs.

Comportement. Se trouve facilement frustrée. Tendance à s'accuser.

D.M. Arrêt prolongé de la 1ème à la 6ème branche :
"Ca trompe cette glace, c'est terrible".

Obs. n° 39.- Georgina M...

Certificat de 24 heures du 14 Juin 1952.- Présente des troubles mentaux caractéristiques d'une psychose d'involution à forme de mélancolie à accès récidivants. Etat dépressif avec anxiété, idée obsé-

dante de suicide (tentative récente par le gaz butane). Bon état physique. T.A 12-7. A maintenir. (Dr. E..).

Certificat de quinzaine du 27 Juin 1952.- Présente des troubles mentaux caractéristiques d'une psychose dépressive à forme de mélancolie anxieuse. En cours de traitement. Amélioration considérable des troubles. Bon état physique. A maintenir. (Dr. E..).

Comportement. Réagit de façon anxieuse aux situations de frustration. Pleure. Ne sait comment faire.

D.M. Ne peut parvenir à se plier aux consignes et s'en excuse. "Je ne peux pas faire autrement". Complètement désorientée. "Je ne peux pas... c'est la glace qui me fait ça... je ne suis pas adroite assez".

Obs. n° 40.- Marie J...

Certificat de 24 heures du 8 Juin 1952.- Présente des troubles mentaux caractéristiques d'une psychose dépressive à forme d'hypochondrie. Organisation névrotique de la personnalité. Caractère psychasthénique avec tendances obsessionnelles. Recrudescence de l'anxiété morbide. Tristesse. Découragement. Vagues idées de suicide. Bon état physique. A maintenir. (Dr. E..).

Certificat de quinzaine du 21 Juin 1952.- Présente des troubles mentaux caractéristiques d'une psychose dépressive avec préoccupations hypochondriaques obsédantes. Anxiété névrotique. Instabilité. Epuisement. Troubles du sommeil. En cours de traitement. A maintenir. (Dr. E..).

Comportement. Malade agressive autoritaire et dominatrice. Plaintes et récriminations perpétuelles.

D.M. Essaie avec application au début sans résultat. S'impatiente. Puis essaie d'analyser la situation : "Il faut faire le contraire de ce qu'on croit..." N'y parvient pourtant pas : "Tant pis, c'est que je suis plus bête que les autres".

Obs. n° 41.- Jeanne H...

Malade entrée dans le service le 9 Juin 1952. Elle se présente comme une mélancolique avec idées noires, douleur morale, anxiété, accès de larmes, sentiment de culpabilité, auto-accusation, quelques idées délirantes, aboulie, lenteur de l'idéation. Céphalées, insomnie. Améliorée par des électrochocs et une cure de sommeil.

Comportement. A tendance à se laisser dominer par la situation. Peu de réactions agressives.

D.M. Tracé assez rapide. Malade concentrée et appliquée.

Obs. n° 42.- Martha S...

Certificat de quinzaine du 24 Mai 1950.- Est atteinte d'une dépression mentale avec préoccupations obsédantes à teinte mélancolique. Scrupules, auto-accusation, méfiance. Sentiments d'influence. Légère sédation des troubles sous l'influence du traitement. (Dr. P..).

Depuis 1950, la malade demeure très mélancolique, avec sentiment d'indignité, de culpabilité, auto-accusation, réponses très lentes. Inhibition mélancolique considérable : refus du contact avec les autres malades. Amélioration transitoire à la suite d'une lobotomie pratiquée en Juillet 1952.

Comportement. Accepte les situations de frustration comme une punition méritée. Auto-accusation.

D.M. Malade absorbée par son travail. Tracé assez rapide.

Obs. n° 43.- Marie G...

Certificat de 24 heures du 20 Août 1952.- Présente des troubles mentaux caractéristiques d'une psychose mélancolique d'involution. Perplexité anxieuse. Enevtement. Pessimisme. Hypochondrie. A été ramené par sa famille qui l'avait reprise contre avis médical il y a un mois. A maintenir. (Dr. E..).

Certificat de sortie du 24 Novembre 1952.- A présenté des troubles mentaux caractéristiques d'une psychose mélancolique d'involution. Anxiété. Phase de stupeur et de dépression. Hypochondrie. Notion de crises comitiales dans son jeune âge. En bonne rémission. Est sortie à la demande de son fils et avec lui. (Dr. E..).

Comportement. Tendance à réagir de façon agressive: tré-pigne, tape du pied quand elle est frustrée de façon quelconque. Ne cherche pas de solutions.

D.M. Nombreuses erreurs et nombreux arrêts.

Obs. n° 44.- Lucie L...

La malade entre dans le service le 27 Juin 1952 dans un état de mélancolie délirante. Inhibition psychique marquée. Auto-accusation. Idées d'indignité et d'incurabilité. Perplexité anxieuse. Idées de suicide. Après traitement, passage à un état d'hypomanie délirante, puis à un état mixte mixte-mélancolique-dépressif.

Comportement. Plaintes, pleurs, gémissements. Essie cependant de trouver des solutions adéquates.

D.M. S'agite. Demande avec anxiété comment il faut faire. Ne parvient pas à retrouver la direction aux angles.

Obs. n° 45.- Jeanne P...

Malade entrée le 27 Août 1952 dans un état de dépression mélancolique avec idées de culpabilité, d'indignité, d'impureté et de damnation. Elle se reproche continuellement ses pensées, ses désirs, ce qu'elle a dit ou fait il y a plusieurs années. Fond obsessionnel certain. Scrupules. Angoisse. Dégoût de la vie. Ralentissement de l'activité. Mentisme. Améliorée par un traitement de choc.

Comportement. Auto-accusation dans les situations de frustration. Recherche d'une solution néanmoins.

D.M. Tracé peu sûr. Scrupules : la malade craint de ne pas suivre suffisamment consciencieusement les consignes.

Obs. n° 46.- Augustine D...

Certificat de 24 heures du 13 Juillet 1952.- Présente des troubles mentaux caractéristiques d'une psychose mélancolique à forme délirante. Anxiété. Thème de persécution. Insomnie. Désordre du comportement. Bon état physique. A maintenir. (Dr. E..).

Certificat de quinzaine du 26 Juillet 1952.- Présente des troubles mentaux caractéristiques d'une psychose d'involution à forme mélancolique avec systématisation d'un délire de persécution secondaire. Perplexité anxieuse. En cours de traitement. A maintenir. (Dr. E..).

Comportement. Réactions verbales agressives à la frustration.

D.M. Tracé lent et difficile. Découragement : "Je ne peux pas y arriver".

Obs. n° 47.- Marguerite M...

Accès mélancolique évoluant dans le cadre d'une psychose maniaco-dépressive.

Certificat de 24 heures du 16 Juillet 1952.- Présente des troubles mentaux caractéristiques d'une psychose maniaco-dépressive à accès multiples et rémittents. Réclamée avec insistance par son mari était sortie avec lui en Avril 1951. Actuellement état mixte, avec turbulence, fuite des idées. Hypochondrie. Obésité. T.A. 18-9. A maintenir. (Dr. E..).

La malade est examinée au mois de Septembre, elle est alors dans un état de dépression profonde : demeure immobile sur une chaise, sans parler, si ce n'est pour émettre des plaintes hypochondriques ou les lamentations. Idées noires. Craint de mourir. Réactions anxieuses.

Comportement. Réactions anxieuses aux situations de frustration. Se demande ce qu'elle va faire.

D.M. Comportement anxieux. Se demande à quoi sert cet appareil, si ce n'est pas pour lui faire un électrochoc.

Obs. n° 48.- Germaine G...

Entre dans le service le 25 Août 1952. C'est sa 2ème entrée. Elle est alors dans un état de grande anxiété rapidement amélioré par une série d'électrochocs. Rechute au bout de quelques jours. La malade se trouve alors dans un état plus nettement dépressif avec idées tristes, inactivité, accès de pleurs, désintérêt pour ce qui l'entoure, dégoût de la vie.

Comportement. Essaie de rechercher des solutions et de concilier les choses. Mais fond d'anxiété.

D.M. Malade calme pendant toute la durée de l'épreuve qu'elle ne parvient cependant pas à terminer.

Obs. n° 49.- Fernande J...

Certificat de 24 heures du 19 Juillet 1952.- Présente des troubles mentaux caractéristiques d'une psychose d'involution à forme de dépression mélancolique. Accès intermittents. Actuellement en crise de mélancolie anxieuse et délirante. Hypochondrie. Préoccupations obsédantes. Monoïdéisme. Inhibition. Pessimisme. Un accès antérieur. A maintenir. (Dr. E..).

Certificat de quinzaine du 1er Août 1952.- Présente des troubles mentaux caractéristiques d'une psychose d'involution. Crise de mélancolie stuporeuse et délirante. Forte inhibition. Concentration douloureuse et obsédante sur un thème hypochondriaque. Obnubilation de la conscience. Apathie. Légère amélioration sous l'influence du traitement. A maintenir. (Dr. E..).

Comportement. Auto-accusation: "C'est de ma faute, tant pis". Angoisse quand une solution ne lui apparaît pas immédiatement.

D.M. Hésite à accepter de subir l'épreuve. Déclare qu'elle n'y arrivera pas. Termine cependant après de nombreux arrêts.

Obs. n° 50.- Marie S...

Certificat de 24 heures du 15 Septembre 1952.- Présente des troubles mentaux caractéristiques d'une psychose sénile à forme de délire mélancolique. Anxiété. Préoccupation obsédante. Robachôge. Monotonie. Thème prévalent d'auto-dépréciation et

d'indignité. Désorientation temporo-spatiale. Crise d'excitation nocturne. Hérédité psychopathique. Amaigrissement. T.A. 13-17. A maintenir. (Dr. E..).

Comportement. Malade adynamique, peu sthénique. S'accuse. Accepte la responsabilité de ce qui lui arrive ou des punitions qu'elle croit se voir infligée : "C'est bien fait... c'est de ma faute".

D.M. Fait des essais dans tous les sens sans parvenir à suivre l'étoile.

Obs. n° 51.- Henri Le F...

Certificat de quinzaine du 17 Février 1948.- Est atteint de délire mélancolique avec idées de culpabilité et de suicide. Tentative récente. A maintenir. (Dr. P..).

Certificat de situation du 7 Juillet 1948.- Est atteint de mélancolie anxieuse avec délire d'auto-accusation d'évolution ancienne. Déjà interné antérieurement pour un syndrome semblable. Très grave tentative de suicide avant l'entrée. En cours de traitement par électrochocs. Améliorations encore peu durables. Pronostic réservé. Peut être conservé dans le service sans inconvénients quoique rien ne s'oppose médicalement à son transfert éventuel. (Dr. P..).

Persistance d'un état actuel semblable avec scrupules, idées d'indignité, etc...

Comportement. Tendance à l'auto-accusation et à l'acceptation des responsabilités très marquée. S'excuse constamment de ce qu'il a pu faire de mal.

D.M. Peu d'erreurs. Quelques hésitations. S'excuse de ne pouvoir aller plus vite.

Obs. n° 52.- Maxime L...

Premier internement en 1949.

Certificat de 24 heures du 17 Août 1949.- Est atteint d'un état dépressif constitutionnel avec épisodes de mélancolie anxieuse. Evolution très ancienne des troubles. Recrudescence aigue depuis une semaine environ; préoccupations, désespoir, insomnie, anorexie, angoisse, dégoût de la vie et idées actives de suicide par pendaison, sans tentative réalisée. Conscience de l'état morbide et désir de se soigner. Nombreux épisodes antérieurs. Hérédité sinistre (mère suicidée). Le placement est justifié et à maintenir. (Dr. P..). Rentre le 2 Septembre 1952 dans un état dépressif semblable, désintérêt pour l'environnement, bradypsychie, inactivité, insomnie.

Comportement. Manifeste peu d'intérêt pour ce qui l'entoure. Tendance à nier la frustration.

D.M. Malade calme, inhibé. Parle peu. Ne parvient pas à terminer l'épreuve.

CHAPITRE III

RESULTATS NUMERIQUES

ETUDE STATISTIQUE

--:-

Nous exposerons dans ce chapitre d'abord les résultats "numériques" de chaque malade examiné, ensuite, plus en détail, les résultats statistiquement élaborés; et nous indiquerons les renseignements qui paraîtront se dégager de ces données numériques. Nous n'envisagerons qu'aux chapitres suivants l'interprétation et la discussion de ces résultats.

I- Scores Bruts.

Ils sont exprimés dans les Tableaux I (schizophrènes), II (mélancoliques), VI (névrosés), et VII (alcoooliques).

Les Numéros figurant dans la 1ère colonne renvoient aux observations de malade.

Les colonnes suivantes indiquent l'âge des malades, leurs scores au test de Vocabulaire de BINOIS-PI-

CHOT (voc.), au test de CATTELL (Cat.), au G.O.R. et aux Profils du P.F. Test de ROSENZWEIG, enfin au Test de Dessin au Miroir (D. au M.) en Vision directe d'abord, puis en vision spéculaire.

Cependant, pour les Alcooliques et Les Névrosés (dont nous n'avons pas rapporté les observations), nous n'avons pas fait figurer dans les tableaux les scores aux tests de vocabulaire et de facteur g: il nous suffira de signaler que les sujets ont été choisis de façon que leur moyenne à ces tests se rapproche suffisamment de celles des mélancoliques et des schizophrènes pour permettre de leur être comparés. Nous n'avons pas non plus envisagé les résultats de ces deux groupes au test du Dessin au Miroir, le but de notre étude, en ce qui concerne, ayant été surtout de les comparer aux mélancoliques et aux schizophrènes du point de vue des P.F. Test. Nous devons signaler tout de suite que, contrairement à la presque totalité des mélancoliques et des schizophrènes, les Alcooliques et les Névrosés sont des malades de Service Libre, et que nous avons réunis ici sous le terme de "Névrosés" des malades présentant des névroses d'angoisse, des états hystériformes, des névroses phobiques ou obsessionnelles avec des troubles suffisamment légers cependant pour n'avoir pas motivé l'internement.

N°	Age	Vie,	G.C.R	E	I	M	OD	ED	NP	Dir	Spes	
I	24	24	24	38	50	25	25	8	42	50	17	270
2	56	19	9	38	73	17	10	29	48	23	60	354
3	62	26	12	40	60	33	8	15	65	20	60	480
4	32	25	21	44	25	58	17	16	42	42	17	480
5	44	28	19	19	54	31	15	50	27	23	32	220
6	59	31	26	25	50	21	29	21	54	25	20	6h.
7	44	6	7	31	35	26	39	17	52	31	28	360
8	47	25	23	19	48	30	22	17	40	43	20	140
9	29	25	8	56	58	30	12	30	66	4	105	4h.
10	20	29	27	38	12	38	50	16	38	46	50	225
11	50	10	12	31	27	40	33	10	42	48	40	215
12	27	25	26	31	38	41	21	17	65	17	65	360
13	48	21	22	38	27	33	40	27	41	32	65	7h.
14	17	22	22	31	14	46	40	16	40	44	75	300
15	22	23	20	25	21	46	33	25	52	23	60	360
16	26	18	17	31	25	41	34	17	25	58	60	180
666												
T I	607	357	315	535								
m I				33,44	33,5	34,6	26,7	20,6	16,2	53,0		
17	58	16	7	31	27	42	31	6	40	54	35	9h.
18	58	12	14	47	43	29	23	12	56	32	30	600
19	27	15	12	56	30	41	29	8	46	46	25	100
20	28	31	29	31	27	40	33	21	52	27	45	150
21	36	28	27	60	59	15	26	11	76	13	15	240
22	39	21	18	47	19	41	40	19	35	46	35	180
23	54	13	11	31	41	38	23	12	46	42	40	600
24	59	24	16	25	29	38	33	35	43	17	50	360
25	20	23	22	38	31	40	29	21	41	38	38	420
26	48	20	18	16	62	25	13	38	40	22	15	150
T2	427	205	174	302								
m 2				38,2	37,3	34,9	27,8	18,3	48	33,7		
m=												
T I*												
T 2	1034	560	489									
m(m+I)				35,2	38,07	34,7	27,1	19,9	469	33,1		

TABLEAU I

Dans le P.F. Test, nous n'avons utilisé que le G.C.R et les Profils (exprimés en pourcentage et non en score pondéré), nous n'avons pas utilisé les patterns et les Tendances en raison de la difficulté de leur traitement statistique et de l'insuffisance de leur élaboration dans l'étalonnage.

T A B L E A U I I

					P R O F I L S						D a u M	
N°	Age	Voc	Oett	GCR	E	I	L	UD	LD	NP	Dir	Spéc
666												
27	69	31	22	41	31	31	33	10	48	42	55	61
28	67	14	15	28	43	43	9	30	32	38	90	51
29	50	21	21	22	31	42	27	12	54	34	60	33
30	32	20	22	34	48	25	27	21	48	31	30	7
31	56	17	19	28	25	46	29	17	29	54	55	360
32	62	16	19	56	50	27	23	17	60	23	140	325
33	31	26	27	31	21	38	41	21	33	46	26	155
34	48	16	17	43	56	21	23	48	46	6	70	6h.
35	29	20	21	44	58	21	21	21	58	21	56	360
36	74	15	16	31	50	46	4	38	54	8	40	5h.
37	75	27	18	47	8	50	42	21	35	44	85	6h.
38	32	24	20	56	38	29	33	21	46	33	31	195
39	60	18	21	44	42	25	33	46	33	21	42	2h.
40	72	27	25	66	62	21	17	36	60	4	25	3h.
41	31	20	21	44	35	33	32	33	42	25	12	125
42	30	16	26	13	27	50	23	40	35	25	30	180
4	75	25	26	25	42	42	16	46	46	8	32	510
4	38	8	15	44	38	33	29	4	52	44	15	9h.
45	50	21	18	38	46	41	13	25	23	49	12	240
46	56	14	15	44	63	25	12	25	75	0	15	7h.
47	63	16	15	38	41	42	17	13	54	33	40	4h.
48	58	18	20	25	48	44	8	15	21	56	28	8h.
49	63	15	19	31	46	25	29	16	33	21	15	510
50	75	18	19	31	33	42	25	33	46	21	40	4h.
T I	1296	463	472									
51	48	21	19	31	19	52	29	4	38	58	25	180
52	56	16	18	19	38	33	29	17	66	17	25	6h.
T 2	104	37	37									
T =												
T I +												
T 2	1400	500	500	954								
m(M+R)				56,6	39,9	35,8	24,2	25,3	45,5	39,04		

Enfin les scores au test de Dessin au Miroir sont exprimés soit en temps mis par le sujet pour accomplir l'épreuve (en secondes), soit en nombre de branches de l'étoile parcourues en 10 minutes, temps limite, pour les sujets qui n'ont pu terminer l'épreuve.

II- Elaboration statistique.

Nous analyserons successivement les résultats au Test du Dessin au Miroir, au test de ROSENZWEIG, enfin nous envisagerons les relations existant entre ces deux tests.

I°) Test du Dessin au Miroir.

Nous ne possédons pas encore pour ce test d'étalonnage sur des sujets normaux. Toutefois, il est absolument exceptionnel qu'un sujet normal ne termine pas l'épreuve en 10 minutes. Or, dans nos deux groupes de malades, une proportion importante de sujets (19 sur 52, soit 36,5 %) est incapable de terminer le tracé dans le temps limite.

Il nous est difficile de comparer statistiquement mélancoliques et schizophrènes, car, ainsi que nous l'avons indiqué plus haut, notre notation du test n'est pas homogène (temps employé pour les sujets ayant mis moins de 10 minutes, nombre de branches parcourues en 10 minutes pour les autres). Cependant, il apparaît nettement que les



T
T A B L E A U III

	Mélancoliques			Schizophrènes			Sujets Normaux			Alg.	Né
	M	F	M+F	M	F	M+F	M	F	M+F	M	M
Nbre suj	2	24	26	10	16	26	142	102	244	15	12
Age. Sim	5 2	54	54	42	38	40				45	36
ma											
Voc...m	18,5	19,3	19,2	20,3	22,3	21,5					
Catt CF	18,5	19,6	19,5	17,4	19,7	18,8					
m											
G.C.R...m			36,69	33,2	33,4	35,2	58,9	58,2	58,6	45,6	52
Sigma			12,2	14,0	9,4	11,3	11,7	14,1	12,7		
E.....m			39,9	37,3	38,5	38,07	45,1	49,3	47,4	43,4	45
Sigma			13,4	14,6	13,0	16,5	13,7	14,6	14,2		
I.....m			35,8	34,9	34,6	34,7	26,7	24,4	25,2	29,4	23
Sigma			10,1	9,0	10,5	9,8	8,04	9,31	8,8		
M.....m			24,2	27,8	26,7	27,1	23,1	25,9	26,9	27,2	31
Sigma			10,0	7,5	12,4	10,6	9,02	10,1	9,7		
OD.....m			25,3	18,3	20,6	19,9	18,8	19,7	19,1	22,1	21
Sigma			13,1	10,9	10,0	10,2	7,7	8,6	7,9		
ED.....m			45,5	48,0	46,2	46,8	60,2	58,5	59,4	53,9	55
Sigma			12,3	11,7	12,4	11,9	10,8	10,6	10,8		
NP.....m			23,04	23,7	23,07	23,1	20,9	21,5	20,8	24	20
Sigma			16,4	13,7	14,7	14,0	9,8	10,57	9,7		

T A B L E A U IV

	C.C.R	E	I	M	OD	ED	NP
Normaux mélancoliques.....	8,65	2,67	5,14	1,33	2,39	5,52	2,49
Normaux schizophrènes.....	9,87	2,77	4,75	0,10	0,42	5,13	4,34
Mélancoliques schizophrènes	0,43	0,45	0,39	1,03	1,65	0,40	0,96

mélancoliques sont beaucoup plus lents que les schizophrènes. En effet, alors que 19 % des schizophrènes sont incapables de terminer l'épreuve dans le temps limite, la proportion pour les mélancoliques monte à 54 %. Cette différence semble donc confirmer que le test du dessin en miroir est une épreuve de frustration à laquelle les sujets anxieux sont particulièrement sensibles.

2°) P.F. Test de ROSENZWEIG.

1- Le G.C.R. (indice de Conformité au Groupe)

Tous les malades que nous avons étudiés ont un G.C.R. bas par rapport à celui des normaux. Le tableau III montre que les mélancoliques ont le G.C.R. le plus bas, puis par ordre croissant: les schizophrènes, les alcooliques et les névrosés.

Les différences entre schizophrènes et normaux, mélancoliques et normaux sont hautement significatives tandis que la différence entre mélancoliques et schizophrènes n'est pas significative. Cette différence entre psychotiques et sujets normaux est considérable puisque la moyenne des malades se trouve à environ deux écarts-types de la moyenne des sujets normaux, le chevauchement des courbes est donc extrêmement faible.

Ces résultats sont exprimés dans le tableau IV qui est un tableau des rapports d/d . On a envisagé uniquement les hommes et les femmes ^{sigma d} considérés dans un même groupe. Les seuils de significativité sont: pour les comparaisons entre normaux et mélancoliques et entre normaux et schizophrènes, 1,96 au seuil de $P=.05$ et 2,58 au seuil de $P=.01$. Pour la comparaison entre mélancoliques et schizophrènes, les valeurs limites sont 2,21 au seuil de $P=.05$ et de 2,68 au seuil de $P=.05$. Quant aux névrosés et aux alcooliques ils se situent entre les psychotiques et les normaux. Il faut signaler que, contrairement aux résultats obtenus avec d'autres tests les névrosés sont ici plus proches

T A B L E A U V

	METHODE	I	METHODE	II
	Schizophrè nes	Mélancoli M ques	Sbhizophrè nes	Mélancoli ques
G.C.R.....	+ .32	+ .13		
E.....	+ .24	+ .34	- .11	- .20
I.....	- .11	- .15	- .05	- .10
M.....	- .28	- .23	.00	+ .23
OD.....	+ .03	+ .21	++ .18	+ .26
ED.....	+ .49	+ .22	- .51	- .19
NP.....	- .26	- .37	- .16	- .13

des normaux que les alcooliques.

B- La Direction de l'Agression (E.I.I.)

Il faut remarquer tout d'abord, du point de vue méthodologique que notre critère est ici typologique : nous avons cinq types de sujets: Normaux, Schizophrènes, Mélancoliques, Névrosés, Alcooliques.

Les résultats sont quantitatifs, mais liés entre eux. En effet, pour un sujet donné, la somme des pourcentages $E + I + M$ est égale à 100. Le problème est analogue à celui posé par l'étude des G, D, DC ou RORSCHACH. Deux groupes de méthodes sont possibles: ou bien l'on considère isolément les variables, ou bien l'on traite simultanément les trois variables.

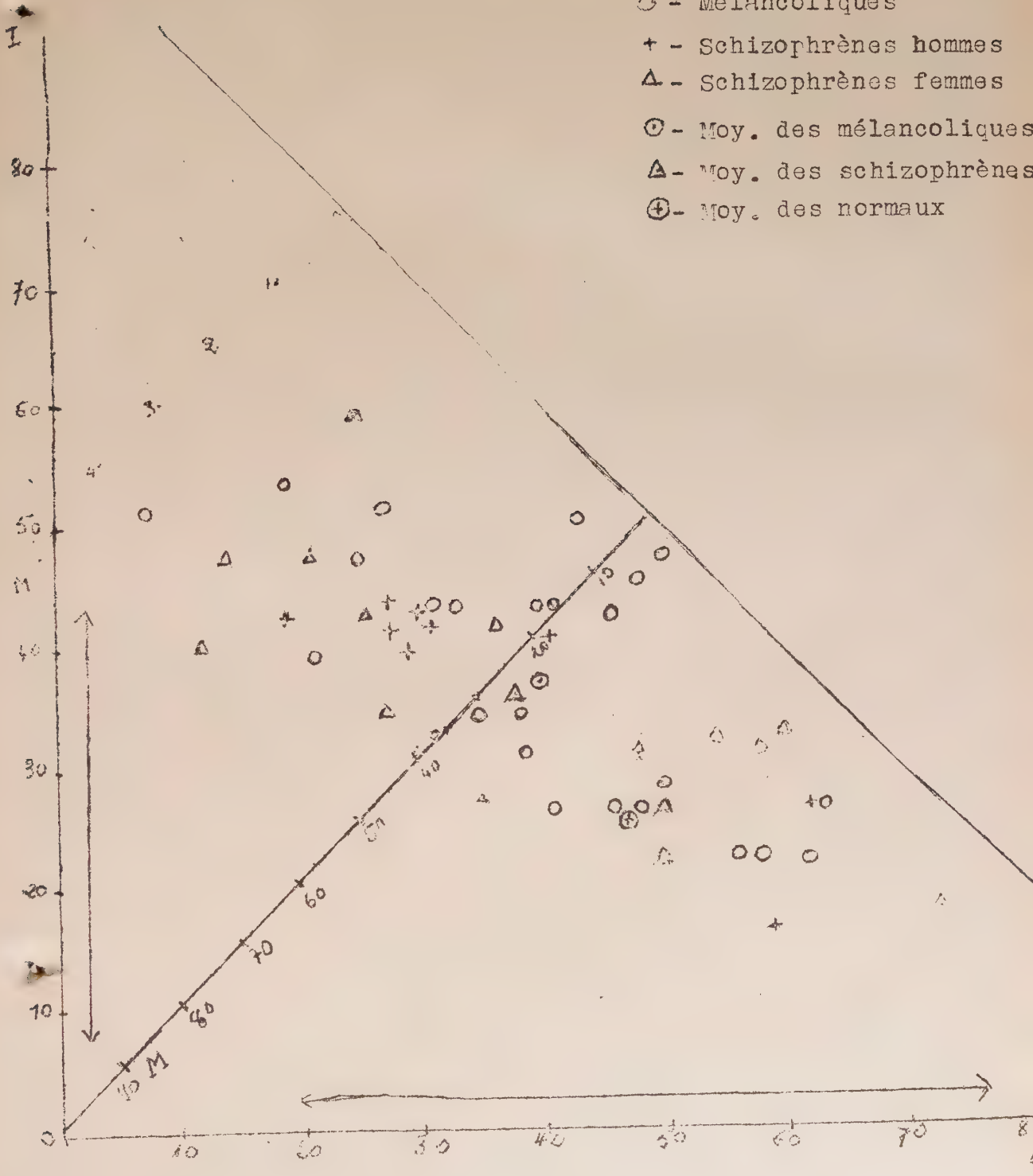
Pour traiter simultanément les variables, nous pouvons faire appel soit à la méthode des fonctions discriminantes, soit à la "pattern tabulation" de CRONBACH. Dans les deux cas, la représentation graphique des sujets est la même (graphique I). Nous utilisons deux coordonnées rectangulaires, l'abscisse représentant le pourcentage des réponses E, l'ordonnée représentant le pourcentage de réponses I. Du fait de la liaison définie plus haut ($M = 100 - (E + I)$), l'axe des M est la bissectrice de l'angle formé par les deux autres axes. Nous pouvons de cette façon représenter chaque individu par un point défini par ses coordonnées E, I et M.

L'inspection du graphique N° 1: Valeur des E, I, M, des Mélancoliques et Schizophrènes, des moyennes de Mélancoliques-schizophrènes et normaux, et celle du graphique N° 5 (Moyennes des 6 groupes) montre:

GRAPHIQUE N° 1

Légende

- - Mélancoliques
- + - Schizophrènes hommes
- Δ - Schizophrènes femmes
- ⊙ - Moy. des mélancoliques
- Δ - Moy. des schizophrènes
- ⊕ - Moy. des normaux



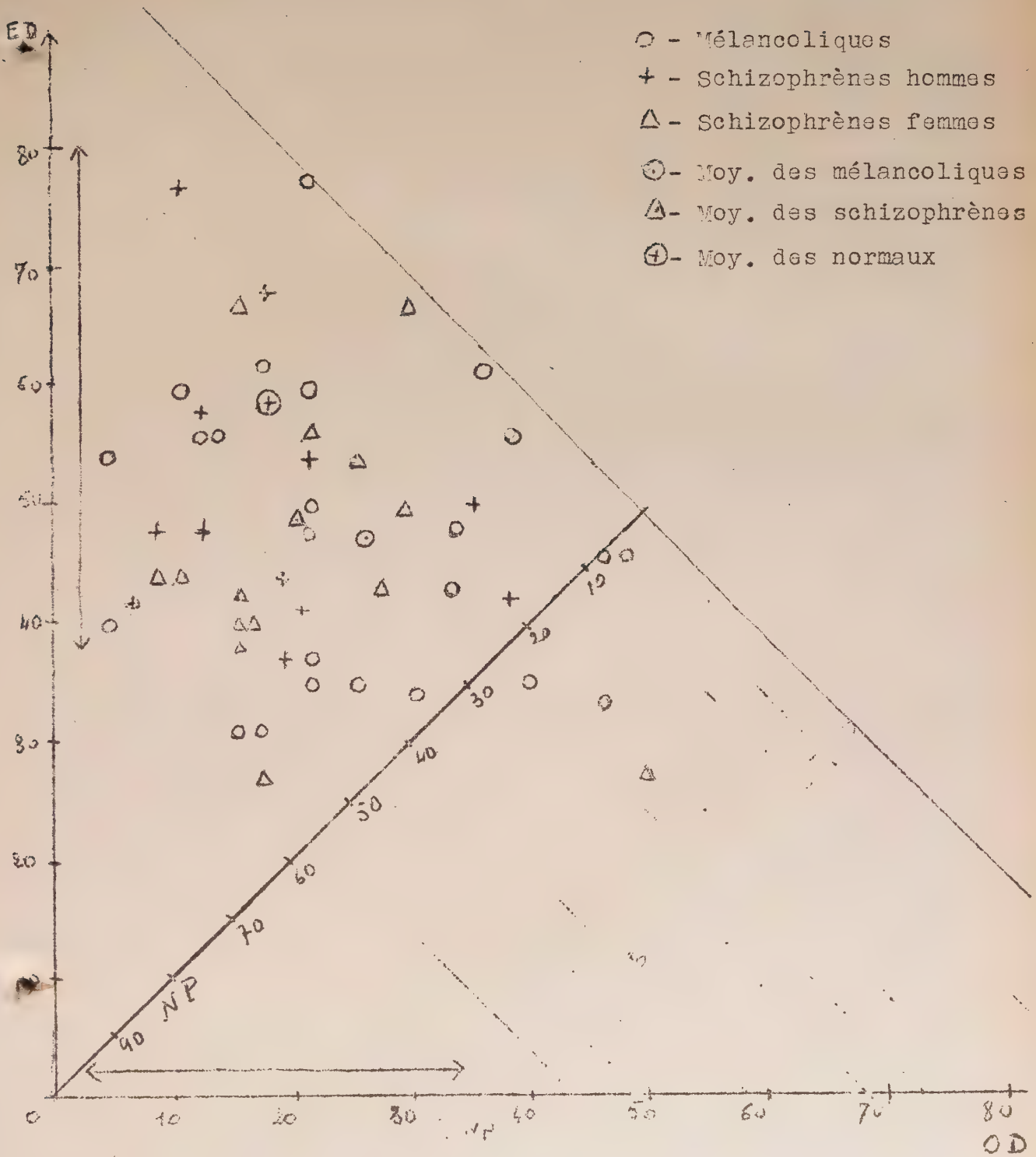
T A B L E A U VI

°	Age	G.C?R	E	I	M	OD	ED	NP
68	41	65	32	18	50	13	54	33
69	30	50	31	29	40	23	54	25
70	29	53	58	27	15	27	56	17
71	30	66	30	27	43	25	57	18
72	14	53	6	39	29	15	60	25
73	48	45	43	19	38	23	46	31
74	51	55	52	23	25	40	52	8
75	35	58	85	13	2	17	68	15
76	39	50	33	30	37	26	41	33
77	52	41	15	37	48	13	48	39
78	46	53	40	25	35	15	66	20
79	31	59	70	13	17	25	67	8
M.	36	52,3	45	23,3	31,7	21,7	55,7	22,6

que les centres des distributions des schizophrènes et des mélancoliques sont éloignés du centre de la distribution des sujets normaux;

GRAPHIQUE N° 2

Légende



que les centres des distributions des schizophrènes et des mélancoliques sont très proches l'un de l'autre;

que, s'il est probablement possible d'établir une fonction discriminant normaux et psychotiques, il est certainement impossible d'obtenir une fonction discriminant schizophrènes et mélancoliques.

La méthode de la "pattern tabulation" consisterait à découper le graphique en un certain nombre de secteurs, et à voir si dans un secteur déterminé les % de sujets de chaque groupe diffèrent significativement. Pour tester les différences on emploie la méthode du Chi carré. Celle-ci nécessite que chaque groupe comprenne au moins 10 sujets. La méthode est donc ici inapplicable (en appliquant une décomposition en secteurs du type recommandé par CRONBACH, il faudrait que nous ayons des résultats pour environ 300 schizophrènes et 300 mélancoliques).

Nous nous sommes donc contentés d'envisager isolément les trois variables E, I et M (tableaux 3 et 4). Les conclusions concernant les moyennes des groupes sont les suivantes.

Le pourcentage de réponses impunitives (M) ne diffère pas significativement chez les sujets normaux, les schizophrènes et les mélancoliques.

Le pourcentage de réponses intro-punitives (I)

T A B L E A U V I I

ALCOOLIKUES

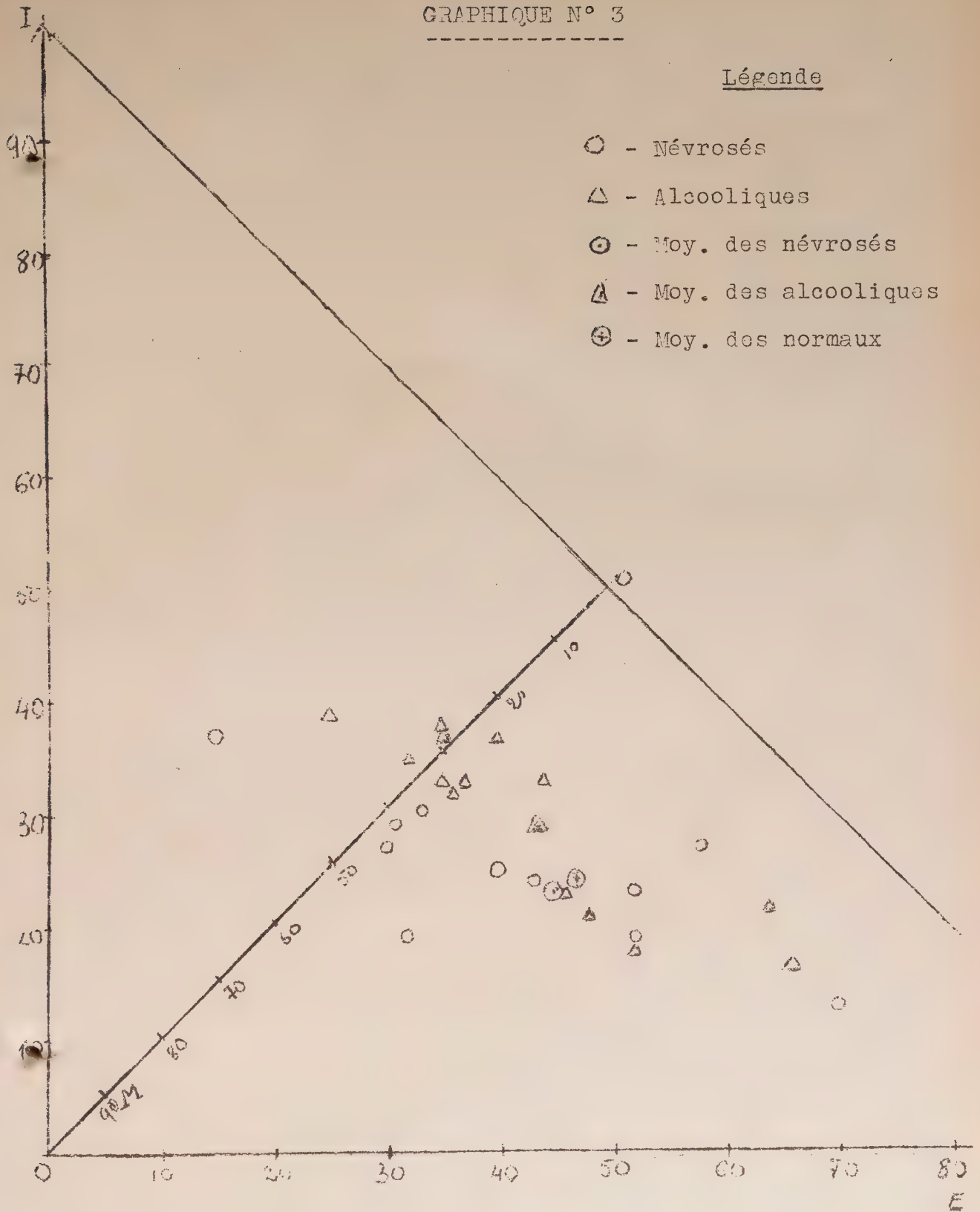
N°	Age	G.C.R.	E	I	M	OD	ED	NE
51	43	40	37	23	25	52	23	
45	35	36	32	32	9	55	36	
36	50	56	23	21	21	60	19	
26	47	35	38	27	21	50	29	
42	50	32	35	33	17	50	33	
58	56	37	33	30	33	18	19	
30	51	52	18	30	6	61	23	
49	56	48	21	31	21	48	31	
32	50	42	33	23	18	65	17	
49	63	35	33	31	15	69	16	
42	63	25	39	41	28	43	29	
52	44	66	17	17	29	58	13	
46	28	46	23	31	44	35	21	
53	44	62	22	14	25	66	11	
23	31	35	37	28	22	48	30	
45	45,6	43,4	29,4	27,2	22,1	53,9	24	

est plus élevé chez les mélancoliques et les schi-
phrènes que chez les sujets normaux (la différence

GRAPHIQUE N° 3

Légende

- - Névrosés
- △ - Alcooliques
- ⊙ - Moy. des névrosés
- ⊠ - Moy. des alcooliques
- ⊕ - Moy. des normaux



est significative au seuil de . 01). Il n'y a pas de différence significative sur ce point entre les schizophrènes et mélancoliques.

Comme conséquence des deux faits précédents le pourcentage de réponses extrapunitives (E) est plus bas chez les mélancoliques et les schizophrènes que chez les sujets normaux (la différence est significative au seuil de . 01). Il n'y a pas de différence significative entre schizophrènes et mélancoliques.

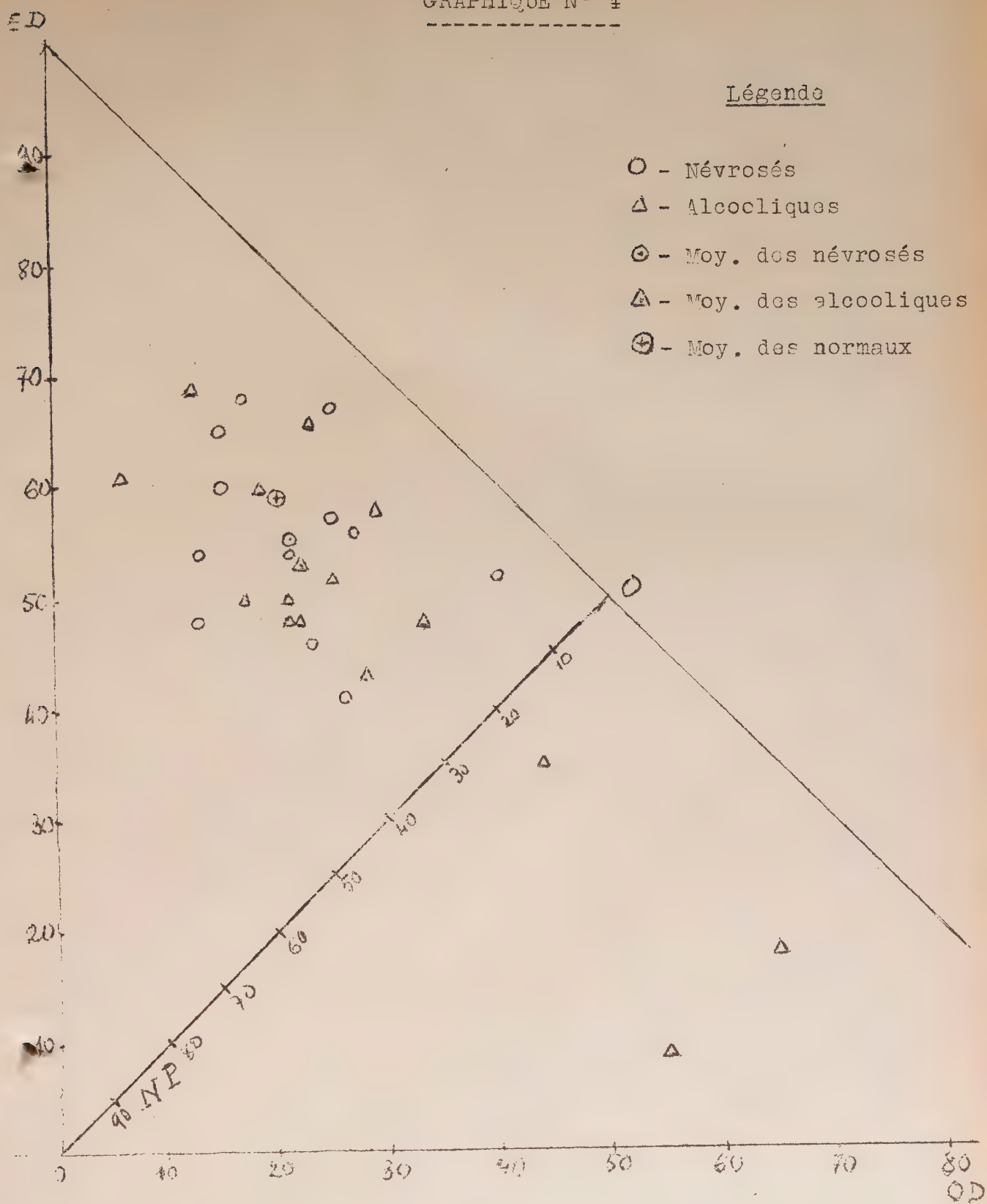
Du point de vue des Névrosés et des Alcooliques, l'étude du tableau III, celle des graphiques N° 3 et N° 5 montre que:

- le Centre de distribution des Névrosés est assez proche de celui des normaux,
- que le Centre de distribution des Alcooliques est assez éloigné de ceux des névrosés et des normaux,

et d'autre part

- que le pourcentage de E des Alcooliques et des Névrosés est peu différent; qu'il est légèrement plus faible que celui des normaux mais significativement plus élevé que celui des schizophrènes et des mélancoliques.
- qu'au contraire le pourcentage des I est nettement plus faible dans ces deux grou-

GRAPHIQUE N° 4



peu que dans ceux des mélancoliques et des schizophrènes, et tend à se rapprocher de celui des normaux.

Cependant les I sont nettement plus élevés chez les alcooliques que chez les schizophrènes.

- d'où il ressort que le pourcentage des M est plus bas chez les Alcooliques que chez les schizophrènes. La différence la plus significative est celle existant entre les Névrosés et les Alcooliques.

0) Le Type de Réaction (O.D.; E.D.; N.P.)

Les remarques méthodologiques faites à propos de l'Etude des E.I.M. s'appliquent encore ici.

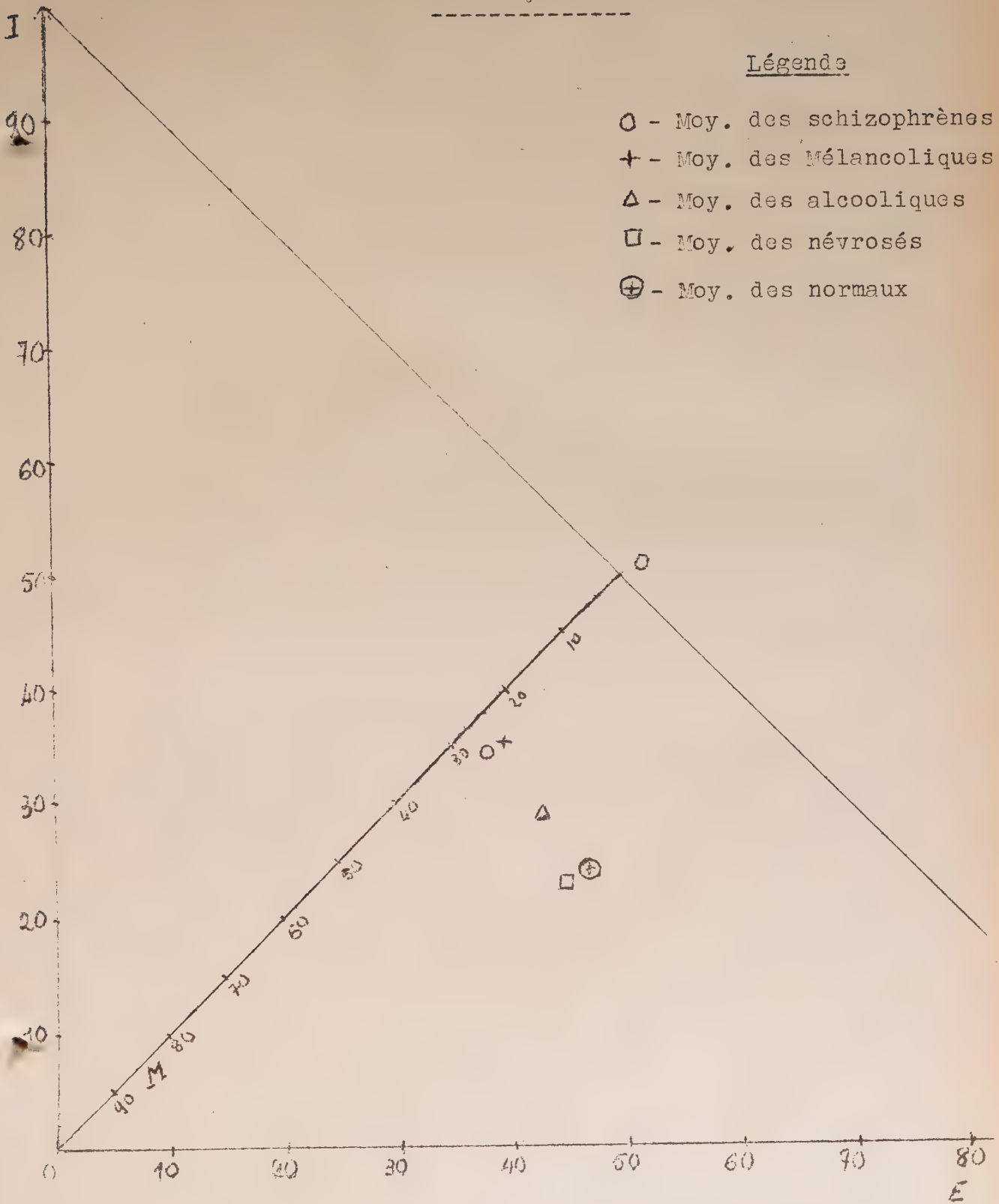
Le Graphique N° 2 donne une représentation graphique des résultats des mélancoliques et des schizophrènes, le graphique N° 4, celle des mélancoliques et des névrosés. Enfin les moyennes des 5 groupes ont été reportées sur le graphique N° 6.

L'Etude de ces graphiques, des Tableaux III et IV montre que.

- Pour les mélancoliques et les schizophrènes:

Le pourcentage de réponses de dominance de l'obstacle est légèrement plus élevé chez les mélancoliques que chez les normaux (différence significative au seuil de .05). Il ne diffère pas significativement chez les schizophrènes et chez les normaux. Il faut d'ailleurs noter que finalement la différence entre

GRAPHIQUE N° 5



schizophrènes et mélancoliques n'est pas significative. Un autre point assez remarquable est que la dispersion est beaucoup plus grande chez les mélancoliques que chez les normaux.

Le pourcentage de réponses de défense du moi est moins élevé chez les mélancoliques et chez les schizophrènes que chez les sujets normaux (la différence dans les deux cas est significative au seuil de . 01). Il n'y a pas de différence significative entre mélancoliques et schizophrènes.

Le pourcentage de réponses de persistance du besoin (N.P.) est plus élevé chez les mélancoliques que chez les sujets normaux (significatif au seuil de . 05) et encore plus élevé chez les schizophrènes (différence entre normaux et schizophrènes significative au seuil de . 01). Toutefois, la différence entre mélancoliques et schizophrènes reste non significative.

La liaison entre ED, OD, NP se manifeste donc de la façon suivante: chez les mélancoliques, il y a un abaissement des réponses de défense du moi, qui se fait aux dépens d'une augmentation et de la dominance de l'obstacle (OD) et de la persistance du besoin (NP). Chez les schizophrènes au contraire, la baisse des ED ne s'accompagne que d'une augmentation des NP.

- Pour les Alcooliques et les Névrosés:

- Le Centre de distribution des Alcooliques est à peu près équidistant de ceux des névrosés

et des normaux.

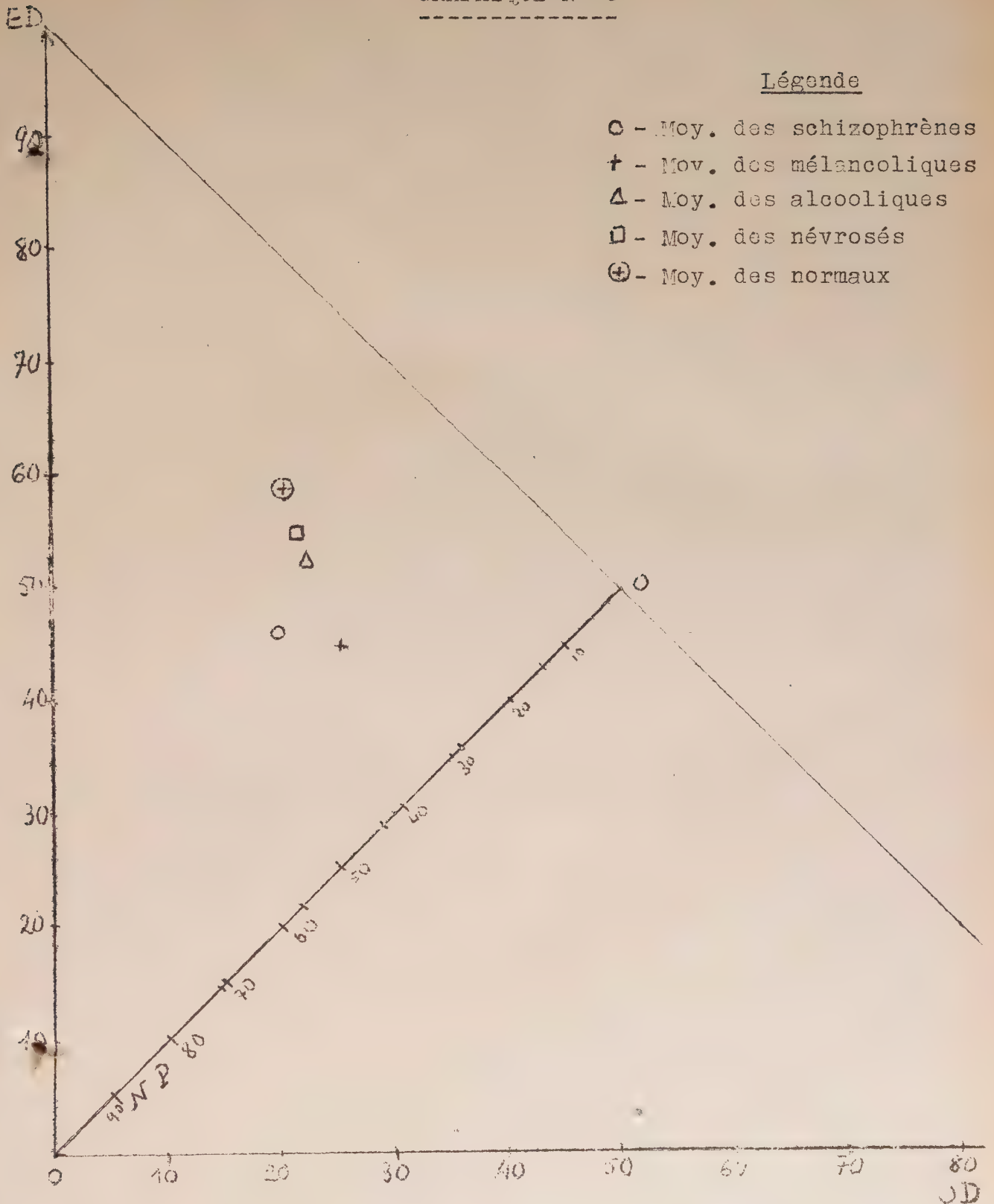
- Les différences entre alcooliques et Névrosés ne sont pas très importantes pour les C.O., E.D. et les N.P.
- Cependant le pourcentage des N.P. est plus élevé et le pourcentage des E.D. plus faible chez les névrosés et les alcooliques que chez les normaux; au contraire le pourcentage des N.P. est plus bas et celui des E.D. plus élevé chez les alcooliques et les Névrosés que chez les mélancoliques et les schizophrènes.

3*) Relations entre P.F. Test et Test du dessin au miroir.

Nous avons calculé les coefficients de corrélation entre les résultats au dessin au miroir et les sept résultats numériques au test de ROSENZWEIG. Nous avons utilisé la méthode de corrélation par rangs, en raison de l'hétérogénéité des mesures pour le test de dessin au miroir. Nous avons employé deux méthodes. Dans la première nous avons classé les sujets suivant leurs scores (en donnant le rang 1 au sujet ayant la note la plus basse, et le rang 26 à celui qui avait la note la plus élevée). Dans la seconde nous avons calculé pour chaque score la déviation par rapport à la moyenne des sujets normaux, et donné le rang 1 au sujet dont la déviation était la plus faible, et le rang 26 à celui dont la déviation était la plus forte en valeur absolue.



GRAPHIQUE N° 6



Les résultats sont rassemblés dans le tableau 3. Un premier point particulièrement frappant est le parallélisme remarquable entre les chiffres obtenus avec les schizophrènes et ceux obtenus avec les mélancoliques. Ce parallélisme ne peut certainement pas être une coïncidence, et indique une similitude de signification des deux tests dans les deux groupes de malades.

Un seul résultat est, étant donné le faible nombre de sujets, significatif au seuil de . 01. Il concerne les corrélations entre les résultats au test de dessin en miroir et le pourcentage de réponses de défense du moi, chez les schizophrènes. La corrélation (R) est de + 49 par la méthode I et de - 51 par la méthode II. Cette inversion du signe de la corrélation s'explique facilement si l'on se rappelle que la moyenne des schizophrènes est très inférieure à celle des sujets normaux. Les deux coefficients ont donc la même signification: les schizophrènes qui ont le meilleur résultat au test de dessin en miroir sont ceux dont le pourcentage ED est le plus bas (c'est à dire le plus déviant de la normale). Les schizophrènes qui ont le plus mauvais résultat au test de dessin en miroir sont ceux qui ont le ED le plus élevé (c'est à dire pratiquement correspondant à la moyenne des normaux, et donc le moins déviant).

Ainsi apparait une réaction interessante entre
le P.F. Test de ROSTENZWEIG, test projectif de
frustration et le test de Dessin au Miroir
que nous pensons être un bon test objectif
de frustration.

Nous allons essayer maintenant de discuter et
d'interpréter ces résultats.

IV^e PARTIE

DISCUSSION ET INTERPRETATION

DES RESULTATS

CHAPITRE I

CRITIQUE DE LA METHODE

De nombreuses critiques ont déjà été adressées au test de Rosenzweig; d'autres pourraient l'être également à l'épreuve du Dessin au Miroir. Enfin certaines semblent pouvoir s'adresser également à l'application aux malades mentaux de ces tests. Ce sont ces critiques que nous essaierons dans ce chapitre d'examiner et de discuter successivement.

I) Critique du test du Dessin au Miroir.

Les critiques adressées au test du Dessin au Miroir peuvent être de deux ordres:

1°) Critique des conditions techniques de l'épreuve

-Le nombre d'erreurs en premier lieu n'a pas été envisagé; seul le temps a été pris en considération; mais nous avons vu que cette technique était rendue légitime par les conclusions des travaux de BROWER.

-De plus les caractéristiques de l'appareil n'interdisent pas au sujet de laver son stylet ou de sortir du contour de l'étoile, ou encore d'effectuer ce parcours "en zig-zag", et non en restant au milieu du sillon qui constitue le contour de l'étoile; mais ce comportement qui manifeste les hésitations et les difficultés du sujet se traduit justement par un allongement du temps de l'épreuve.

2°) Critique de la valeur du test comme "Test objectif de frustration

-Nous ne reviendrons pas ici sur ce problème capital. Nous avons exposé dans le chapitre III de notre II^e partie les raisons qui nous font penser que l'Epreuve du Dessin au Miroir peut être considérée comme un test objectif de frustration.

-Nous ne nous dissimulons certes pas que d'autres facteurs que la réaction à la frustration interfèrent certainement dans le score final, en particulier sans doute les aptitudes motrices, l'intelligence pratique du sujet etc... C'est pourquoi nous avons pris soin dans notre recherche de constituer des groupes les plus homogènes possibles de ces points de vue.

Critique du test de Rosenzweig.

Ces critiques peuvent également se classer en

deux catégories:

1°) Certaines s'adressent à la structure même du test et au système de Cotation.

-Le mode de Cotation en effet est parfois délicat: la situation est mal comprise; le sujet s'identifie plus à la personne frustrante qu'à la personne frustrée. Si la situation n'est pas immédiatement comprise par le sujet, il est très délicat de la lui expliquer car cette explication risque d'être parfois déjà une interprétation.

-Enfin un autre point à souligner est le caractère souvent un peu "personnel" de la Cotation.

Il serait intéressant ici d'utiliser, pour répondre à cette objection: ou en mesurer la valeur véritable. la technique classique qui consiste à demander à deux correcteurs de dépouiller et de coter les protocoles.

Les résultats sont ensuite comparés.

2°) Mais plus graves sont les critiques qui s'adressent à la valeur même du test.

-L'hypothèse fondamentale est que le sujet se projette dans la situation et répondra ce qu'il répondrait lui-même effectivement s'il se trouvait placé dans une situation identique.

-Or la critique fondamentale adressée au P.F.

test et qui, en quelque sorte résume toutes les autres, consiste à lui reprocher la naïveté d'une telle hypothèse.

a) Le Sujet dit-on souvent, peut, au test de Rosenzweig répondre ce qu'il veut, donner la réponse qui pour une raison quelconque lui semble être non pas la réponse qu'il ferait effectivement dans une telle situation, mais celle qu'il juge la meilleure à donner à l'examinateur.

-soit pour "faire plaisir" au médecin en donnant une "bonne" réponse.

-soit pour essayer d'apparaître sous un jour plus favorable.

-soit même que de façon plus ou moins consciente le sujet cherche à adopter dans le test une conduite opposée à sa conduite dans la vie et en quelque sorte compensatrice de celle-ci. C'est ainsi qu'un timide qui répondre à la situation n°3 "Madame enlevez votre chapeau" n'aurait peut-être jamais osé le faire et se serait déplacé en réalité. Le test lui donne, à bon marché, l'occasion de surpasser cette timidité dont il souffre.

b) Un cas particulier, peut-être fréquent, est celui où le sujet s'efforce de répondre "ce qu'il faut", demandant même parfois si

"c'était bien cela qu'il fallait dire"; et il faut bien remarquer que nombre de situations du test de Rosenzweig semblent ainsi se présenter comme une épreuve où le sujet doit trouver la bonne réponse, celle "qu'il faut" répondre.

-Cette critique cependant semble beaucoup moins valable pour le type de réaction que pour la direction de l'agression. Pour cette dernière en effet, il apparaît souvent au sujet qu'il vaut mieux faire des réponses de type I ou M que des réponses de type E.

-Pour le type de réaction, au contraire aucune conception populaire ni aucun préjugé moral ne valorise par rapport aux autres l'un des types C.D, E.D, M.R.

-Nous avons fait pour essayer de répondre à cette critique l'expérience suivante: nous avons dans un premier temps fait passer à un groupe de sujets normaux le test de Rosenzweig en passation collective. Après avoir relevé les cahiers nous avons demandé aux sujets, pour un certain nombre de situations de réfléchir et de donner "toutes les réponses possibles" qu'ils arriveraient à trouver en un temps limité de 8 minutes. Enfin nous leur avons demandé de souligner parmi celles-ci la réponse qui leur paraiss-

sait être celle qui semblerait "la meilleure" à l'examinateur.

Nous avons constaté que:

-de nombreux sujets qui avaient donné au P.F.test des réponses O.D ou E.D ne donnaient même après réflexion aucune réponse N.P. comme possible et inversement, tandis que l'imperméabilité semblait moins profonde. Entre les directions de l'agression (E.I.). Quand nous suggérons ensuite aux sujets une réponse possible qu'ils n'avaient pas noté (par exemple une réponse N.P. à un sujet qui n'avait trouvé que des réponses O.D. ou E.D.) ils répondaient généralement qu'il s'agissait bien là d'une bonne réponse mais qui "ne leur était pas du tout venue à l'esprit".

-Egalement que les réponses soulignées comme étant les "meilleures" différaient assez considérablement d'un sujet à un autre.

Nous touchons là à une autre réponse à la critique que nous envisageons: c'est que, si même le sujet s'efforce de donner la réponse qui est, non pas celle qu'il donnerait effectivement dans une situation semblable, mais celle qui lui semble devoir être jugée "la meilleure", le test a du moins l'avantage de nous renseigner sur ce que le sujet considère

comme étant "ce qui est mieux" et "ce qui est moins bien", et cette seule donnée ne serait déjà pas sans intérêt.

c) Une autre critique est fréquemment adressée au test de Rosenzweig: c'est l'ambiguïté de certaines situations, qui peuvent être comprises par le sujet de différentes façons, et souvent même qui ne sont pas comprises du tout. Comment dès lors le sujet peut-il valablement se "projeter" dans de telles situations comme le prévoit l'hypothèse de Rosenzweig?

Nous ne discuterons même pas l'éventualité où le sujet n'a pas du tout compris la situation. Cette incompréhension ne manque jamais de se manifester dans ses réponses et l'on procède alors à une enquête pour expliquer la situation au sujet et essayer d'obtenir une réponse valable. Si la chose est impossible la réponse n'est pas cotée.

Plus sérieuse est l'objection suivant laquelle une même situation peut être comprise par différents sujets de différentes façons.

Mais loin qu'il puisse s'agir là d'une objection sérieuse, nous pensons au contraire qu'il faut y voir peut-être un des intérêts majeurs de la méthode: on peut dire en effet que la "projection" du sujet dans la situation s'effectue en deux temps: en premier lieu le sujet doit interpréter la situation, c'est à dire "structurer" un matériel incomplètement "structuré"; et l'on sait que toute une série de techniques projec-

tives sont basées sur ce principe. En second lieu le sujet doit se projeter dans la situation ainsi structurée et essayer de répondre ce que répondrait le sujet présenté comme frustré dans cette situation.

Le seul cas où l'inconvénient de la structuration incomplète de la situation est réel, est celui où le sujet lui-même déclare que sa réponse dépend de ce qui se passe dans la situation qui lui est présentée. C'est sans doute pour la situation n°25 que cette éventualité se produit le plus fréquemment, le sujet répondant que "cela dépend s'il s'est fait mal ou non". Si le sujet fait une telle remarque on peut lui dire qu'il est libre d'interpréter la situation comme il veut; mais il est certain que dès lors sa projection dans la situation est moins bonne et nous pensons qu'il est peut-être souvent préférable de ne pas tenir compte de la réponse à cette situation: il faut cependant remarquer que cette éventualité est relativement rare.

d) Il existe encore une critique au P. . test qui nous semble assez sérieuse. Même si le sujet fait un effort pour se "projeter" dans la situation, on ne peut empêcher que cette situation soit une "situation exprimée par un dessin sur un cahier de test" et non une situation réelle. La question posée est alors de savoir si l'on peut légitimement inférer de la réponse du sujet au test au comportement qu'il aurait réellement dans la vie s'il se trouvait dans une situation du type de celle qui lui est présentée dans l'épreuve.

Il ne semble bien difficile de pouvoir ainsi passer de l'un à l'autre de ces deux "expériences" du sujet. Mais il nous paraît également que l'on doit se demander s'il est juste de considérer que seul présente une certaine valeur le comportement "réel" du sujet et si son comportement dans la situation de test (dans la mesure évidemment où il s'y projette vraiment), pour être différent, n'en est pas moins peut-être tout aussi valable. En d'autres termes ne peut-on pas considérer que l'observation réelle du sujet dans une situation frustrante (si elle était possible) et l'analyse de ses réponses au test où cette situation lui est symboliquement présentée atteignent deux plans de réalité différents mais tout aussi intéressants.

Peut-être même, dans un certain sens la réponse du sujet dans la situation du test est-elle susceptible de mieux rendre compte des tendances profondes du sujet. Là n'interviennent plus en effet les contingences sociales, la crainte de la punition, dont on sait qu'elle est un des facteurs principaux gênant l'expression des manifestations agressives. Nous savons bien cependant que c'est peut-être une erreur de vouloir supprimer ces "contingences sociales" pour apprécier la réaction d'un sujet à la frustration puisque ce facteur social intervient de façon capitale dans la notion même de frustration ; et nous savons bien également qu'il est certainement vain de vouloir tenter de le faire puisque dans la situation même du test cet élément social existe tout aussi réellement, encore que de façon différente.

Mais nous pensons que la comparaison même de ces deux types de comportement n'est peut-être pas sans intérêt. Il apparaît cependant difficile d'évaluer cette "marge" séparant le comportement réel du comportement symbolique qui traduirait peut-être jusqu'à un certain point la "contrainte sociale subie" du sujet et son inhibition dans les conduites réelles de la vie.

On pourrait peut-être essayer de le faire en plaçant réellement le sujet dans les situations frustrantes présentées dans le test, ce qui n'irait certainement pas sans soulever de nombreuses difficultés et sans poser de multiples problèmes.

Plus simplement on peut essayer de comparer les résultats du sujet au P.F. test à ceux obtenus à un test objectif de frustration où son comportement dans une situation frustrante effective peut être observé et noté. C'est ce que nous avons tenté de faire dans ce travail.

e) Le rôle qu nous venons de signaler du facteur social dans les réactions à la frustration amène à poser la question de la variabilité des réponses au test de Rosenzweig suivant le milieu, l'éducation, la culture etc... L'influence de ces différents facteurs est certainement importante, mais il ne nous semble pas logique de voir là une critique de la valeur du test. Elle ne pourrait l'être que dans la mesure où l'on prétendrait donner certains scores au P.F. test comme caractéristiques de catégories (affections mentales par exemple) dans l'établissement desquels ces facteurs culturels, éducationnels etc... ne seraient pas inter-

venus.

Plus grave est peut-être l'objection suivant laquelle les scores au test de Rosenzweig dépendraient en grande partie des conditions et de l'humeur du moment. Cette objection, peu fondée à notre avis, rejoint par là celles qui font du hasard, du caprice du sujet, de son intention de se présenter sous tel ou tel aspect, les éléments fondamentaux des résultats.

Or s'il est indéniable que ces différents facteurs interviennent, il serait certainement erroné de leur faire jouer un rôle fondamental.

Nous avons entrepris pour étudier de plus près ce dernier point une étude sur la fidélité du test de Rosenzweig: nous avons fait repasser le test à un groupe de colades 10 à 12 mois après la première passation. Généralement les colades ne se souvenaient pas de leurs réponses; nous n'avons pas coté les situations pour lesquelles le sujet déclarait se souvenir de sa première réponse.

Les premiers résultats obtenus nous montrent que:

- pour chaque réponse prise isolément

- la réponse II peut-être exactement la même que la réponse I: ce qui est rare (environ 2% des cas)

- Elle peut sans être la même exactement, être cotée de la même façon. C'est ce qui se passe dans près de la moitié des cas.

- Ou être cotée différemment, soit des deux points de vue du type de la réaction et de la direction de l'agression, soit d'un seul de ces points de vue.

-pour les scores aux Profils et au G.C.R.

-des valeurs identiques sont rarement trouvées.

-mais la moyenne des écarts des scores de la deuxième réponse à ceux de la première semble assez peu élevée, c'est à dire que dans l'ensemble la deuxième passation du test de Rosenzweig classe sujets à peu près de la même façon que la première.

III) Critique de l'Application de la méthode aux Malades Mentaux

Trois objections principales peuvent être faites à l'application aux malades mentaux des tests que nous avons employés et principalement du test de Rosenzweig

1°) On peut objecter que certains malades sont susceptibles de ne pas comprendre ce qu'on leur demande dans le test ou de donner des réponses déterminées par des facteurs qui ne sont pas ceux intervenant généralement dans les réponses des sujets.

Ces faits ont été soulignés par de nombreux auteurs à propos surtout des schizophrènes qui donnent fréquemment des réponses "affectives". Ainsi dans le test de CATTELL quelques schizophrènes ont tendance à répondre les problèmes suivent les critères qui ne sont plus ceux de la logique courante: un malade déclare par exemple pour le problème n°7 du test I (forme 2 A): "C'est celui-là qu'il faut mettre. Ça veut dire l'arrêt", au problème n°10 du même test il sou-

ligne la dernière solution en disant: "J. mets plutôt celui-là: il pique en bas, il peut aider l'autre à descendre."

Il va sans dire que nous avons éliminé de nos groupes les malades dont, de cette façon les résultats aux tests n'auraient en aucune signification.

2°) Une critique de plus de valeur est celle qui consiste à se demander jusqu'à quel point les malades peuvent réussir à se "projeter" dans la situation, et en particulier, de quelle façon des schizophrènes qui présentent une mauvaise adaptation au réel et aux situations courantes de l'existence peuvent parvenir à répondre devant un dessin "comme si" ils vivaient réellement la situation qui leur est présentée.

Il est certain que cette critique doit être retenue: mais peut-être également, du point de vue que nous envisageons tout à l'heure de la valeur des réponses aux situations réelles et imaginaires, l'adaptation est-elle meilleure chez les schizophrènes aux situations imaginaires, encore que la situation imaginaire qui leur est présentée soit bien loin de répondre à "l'Imaginaire" et au "déréal" de leur conscience.

3°) Enfin nous avons vu qu'une des conditions essentielles à la "projection" du sujet dans la situation était que celui-ci donne la "toute première réponse qui lui vient à l'esprit"; presser le malade de répondre n'est certainement pas une condition favorisant cette projection et l'on conçoit que l'application du test à des mélancoli-

ques bradypsychiques et souvent très inhibés n'aurait pas sans quelque difficulté.

Une dernière question pourrait également être posée:

celle de savoir si l'application à des malades mentaux d'un test qui donne, nous l'avons vu, des résultats très proches dans des catégories aussi différentes que la mélancolie et la schizophrénie peut être justifiée et prétendre revêtir quelque valeur ou quelque intérêt. C'est une question à laquelle nous serons sans doute amenés à répondre en essayant d'envisager maintenant une interprétation de nos résultats.

CHAPITRE II

ESSAI D'INTERPRETATION DES RESULTATS

Parmi les résultats que nous avons obtenus, certains semblent confirmer les hypothèses qui ont servi de base à ROSENZWEIG dans la construction de son test : il en est ainsi par exemple de l'élévation du nombre des réponses intropunitives chez les mélancoliques; d'autres au contraire apparaissent inattendus et même en contradiction avec les conceptions de ROSENZWEIG : en particulier le petit nombre de réponses de défense du moi chez tous les malades que nous avons examinés et le nombre élevé de réponses de persistance du besoin. Certains autres résultats comme, par exemple, la grande ressemblance des scores des mélancoliques et de schizophrènes appellent une discussion et peut-être une tentative d'interprétation.

Une remarque préliminaire s'impose néanmoins. Nous avons vu que les scores au P.F. test étaient des valeurs quantitatives liées entre elles par une relation numérique simple : $E + I + M = 100$ et, de même, $C.D + E.D + N.P = 100$. Ainsi, qu'il s'agisse du type de réaction ou de la direction de l'agression, la variation d'un élément dans



un sens entraîne forcément une variation en sens inverse plus ou moins nette de l'un des deux ou des deux autres éléments, et il ne semble pas possible de préciser quel est le phénomène primaire et celui qui n'en est qu'une répercussion. Aussi bien, si la théorie de ROSENZWEIG est justifiée, le fait même que ces trois scores soient liés entre eux par une relation mathématique simple devrait-il ne faire recouvrir une liaison quelconque des mécanismes psychiques que chacun de ces scores exprime, et dès lors la signification devrait être la même de l'abaissement d'un score ou de l'augmentation de l'autre ou des autres.

Nous étudierons d'abord essentiellement l'interprétation des résultats des mélancoliques et des schizophrènes, nous envisagerons ensuite, plus rapidement comment il est possible d'expliquer ceux des alcooliques et des névrosés.

I - LA SIMILITUDE DES SCORES DES MELANCOLIQUES ET DES SCHIZOPHRENES AU P.F. TEST.

Cette ressemblance dans leurs résultats existant entre les schizophrènes et les mélancoliques pose un problème délicat d'interprétation.

Trois attitudes explicatives semblent à priori possibles devant la constatation d'une telle similitude :

- la première consiste à en faire une simple "coïncidence" mais il s'agit là d'une "explication" assez peu satisfaisante;



- la seconde se ramène à constater que le test n'est pas discriminatif entre schizophrènes et mélancoliques et à se demander s'il ne risque pas d'en être de même pour toutes les maladies mentales par exemple, ou du moins toutes les psychoses, ce qui limiterait l'intérêt de son application en Psychiatrie;
- une troisième attitude enfin est celle qui essaie de retrouver entre schizophrènes et mélancoliques une similitude de comportement qui se traduirait par cette similitude des résultats.

Il est certes difficile d'essayer de ramener l'une à l'autre deux affections comme la schizophrénie et la mélancolie; telle n'est d'ailleurs évidemment pas notre intention, et nous ne voulons pas entreprendre ici une discussion clinique, ni entrer dans des considérations d'ordre nosologiques ou historiques.

Mais nous voudrions faire remarquer simplement que chez le mélancolique comme chez le schizophrène existe une conduite d'"évitement du monde", de "retrait de la situation".

- qui, chez le schizophrène constitue le comportement autistique avec repli sur soi-même, attitude déréelle, indifférence et décoloration affective, perte de contact avec le monde extérieur,
- qui, chez le mélancolique entre dans le tableau de l'inhibition du désintérêt pour l'entourage, du dégoût

et parfois du refus de la vie, des conduites d'auto-destruction, d'auto-accusation avec fuite des contacts sociaux, idées tristes, sentiment de ruine, de déchéance, etc...

Et nous nous sommes demandés si ce n'était pas dans une certaine mesure de cette conduite de retrait du monde que rendaient compte les scores au P.F. test des schizophrènes et des mélancoliques, sans que pour autant nous fassions l'erreur de croire que la ressemblance des conduites traduise une identité de structure.

II - LA FREQUENCE DES I.

a) - C'est un phénomène normal, pourrait-on dire chez les mélancoliques, ou du moins conforme aux hypothèses de ROSENZWEIG, et en grande partie explicable par les sentiments de culpabilité et d'auto-accusation de ces malades.

- Mais si l'on se base sur l'attitude de "retrait de la situation" que nous envisageons tout à l'heure, il apparaît de plus que la réponse intropunitive est celle qui est la plus susceptible de permettre au malade de "sortir" rapidement de la situation : les réponses E sont susceptibles d'entraîner des réactions en retour de l'interlocuteur et de maintenir ainsi le sujet plus longtemps dans la situation.



- b) - Chez les schizophrènes, on peut concevoir que pour la même raison les réponses E sont évitées. Mais l'apport du sentiment de culpabilité étant nettement moins important que pour les mélancoliques, la fréquence des I est moindre. Il s'ensuit que le nombre de réponses M est plus élevé

III - LA FREQUENCE DES N.P ET LA HAUTEUR DES E.D.

L'interprétation des scores du type de réaction pose un problème encore plus difficile.

- On note en effet que :

- les réponses N.P sont (relativement) très fréquentes, surtout chez les schizophrènes,
- les réponses E.D sont au contraire peu élevées,
- les réponses O.D sont nettement plus fréquentes chez les mélancoliques que chez les schizophrènes, mais sans que les différences des moyennes entre schizophrènes mélancoliques et normaux soient cependant très importantes.

Or pour ROSENZWEIG le sujet psychotique, dont le moi est faible, et par conséquent vulnérable, tend à défendre son moi davantage que le sujet normal, et donc à avoir un pourcentage élevé de réponses ED. Il a rapporté l'observation d'un schizophrène paranoïde, chez lequel le score ED était élevé et a conclu : "Le E.D élevé indique probablement l'extrême faiblesse du moi".

ROSENZWEIG a également suggéré que la catégorie NP était en relation avec "le caractère adéquat des réactions adaptatives". Dans une observation de schizophrénie paranoïde qu'il rapporte, un score NP bas est considéré comme signifiant "un manque d'aptitude adaptative à résoudre les problèmes". Dans un cas de mélancolie, et dans un cas de schizophrénie paranoïde, où étaient associés un I élevé et un NP élevé, l'auteur considère cet ensemble comme indiquant "une tendance excessive à assumer la responsabilité de résoudre soi-même des problèmes".

Si l'on étudie ces résultats du point de vue que nous avons envisagé tout à l'heure, on peut dire que :

- 1°) - La faible fréquence des réponses NP ne paraît pas devoir être comprise ici comme témoignant d'une réaction bien ajustée; mais l'on peut considérer que le fait de proposer une solution, surtout si l'on se charge d'en assumer soi-même la responsabilité (réponses i) est certainement le meilleur moyen de résoudre rapidement le conflit et donc de se dégager le plus vite possible de la situation.
- 2°) - La fréquence des OD chez les mélancoliques n'est pas pour nous surprendre : le mélancolique est un malade qui a tendance à se laisser facilement déborder et dominer par les obstacles qu'il rencontre.

3°) - Enfin la faiblesse du score ED, en contradiction apparente avec l'hypothèse de ROSENZWEIG peut peut-être s'expliquer si l'on admet que la personnalité psychotique est caractérisée par un affaiblissement considérable de la force du moi, affaiblissement pouvant aller dans les états psychotiques profonds jusqu'à une destruction presque complète; on peut concevoir deux niveaux dans les affaiblissements du moi. Chez les sujets dans la limite de la normale dans les psychoses au début, et peut-être aussi chez les sujets névrosés, le moi est faible, mais il existe des moyens de défense du moi disponibles. D'où la relation décrite par ROSENZWEIG : défense du moi élevé = moi faible. Dans les états psychotiques organisés, au contraire, non seulement le moi est faible, mais ses moyens de défense ont eux-mêmes disparu. Dans ces conditions, on conçoit que la relation précédente ne puisse plus s'appliquer, et que l'on puisse voir coïncider un moi faible et un score très bas de défense du moi.

IV - Le G.C.R.

Il est bas chez les mélancoliques et chez les schizophrènes, et ce fait semble témoigner de la mauvaise adaptation du sujet à la vie sociale du groupe dont il ne partage plus les réactions générales.

Le G.C.R. apparaît peut-être comme l'élément le plus intéressant du test de ROSENZWEIG.

V - LE DESSIN AU MIROIR.

Nous avons vu que, chez les schizophrènes, les malades qui avaient les plus mauvais résultats au test du dessin au miroir étaient également ceux qui avaient le ED le plus élevé.

Cette relation fort intéressante de notre point de vue, est peut-être susceptible de préciser notre interprétation du bas niveau des ED dans les psychoses. Il apparaît si l'on admet que le dessin en miroir est une épreuve de frustration dont les résultats sont liés à la plus ou moins grande anxiété du sujet, et si l'on admet d'autre part que le niveau de ED est en rapport avec le niveau de défense du moi, que l'on puisse expliquer la corrélation de la façon suivante.

A une extrémité, nous trouvons des schizophrènes, dont le moi est faible, mais qui ont des manifestations de défense du moi relativement conservées, d'où un niveau de EI sensiblement normal. Ces sujets, du fait de la sensibilité et de la fragilité de leur moi, ont tendance, en présence d'un test comme le dessin en miroir, à réagir à la frustration par une réaction de défense catastrophique, d'où leur mauvais résultat au test.

A l'autre extrémité, nous trouvons des schizophrènes, dont le moi est également faible, peut-être d'ailleurs encore plus faible que chez les précédents, mais dont les manifestations de défense ont pratiquement disparu,

par une sorte d'épuisement, d'où un niveau de ED bas ou très bas. Ces sujets, dont le moi est devenu en quelque sorte insensible, n'ont plus, en présence du dessin en miroir, de réaction de défense, ne développent plus d'anxiété devant la situation frustrante, et par conséquent ont un bien meilleur résultat au test.

Dans cette conception, le pourcentage de ED indiquerait, non la force ou la faiblesse du moi, mais son aptitude à réagir devant une situation frustrante. Il est possible que, dans certaines limites, l'hypothèse de ROSENZWEIG, que le pourcentage de ED soit inversement proportionnel à la force du moi, se vérifie. Mais il apparaît que, dans les psychoses, la relation n'existe plus.

°
° °

Dans les névroses on note au contraire un score ED plus élevé que dans les psychoses, mais cependant plus bas que chez les sujets normaux.

A peu près tous les scores des névroses sont situés entre ceux des psychoses et ceux des sujets normaux.

Et l'un des intérêts du test est peut être de donner des résultats suffisamment différents entre névrosés et psychotiques.

Enfin, si l'on considère le groupe des alcooliques, on s'aperçoit qu'il est plus déviant de la normale que celui des névrosés, ce dernier étant à peu près intermédiaire entre le groupe des alcooliques et celui des normaux, sauf pour les réponses M où au contraire ce sont les scores des névrosés qui sont les plus déviants, et les réponses I où les scores des alcooliques et des névrosés se répartissent de part et d'autre des scores des normaux.

En définitive, l'analyse des résultats nous montre que les hypothèses formulées par ROSENZWEIG sont loin d'être toujours vérifiées, et qu'en particulier on note fréquemment un score ED bas dans les psychoses, le G.C.R. paraissant être le score le plus fidèle du test de ROSENZWEIG.

Ces résultats semblent pouvoir être interprétés en se basant :

- d'une part, sur la conduite d'évitement commune aux schizophrènes et aux mélancoliques dans les situations de frustration, et expliquant en particulier la similitude de leurs scores,
- d'autre part, sur la mauvaise adaptation à leur groupe des malades psychotiques, la faiblesse de leur moi et de ses moyens de défense,
- tandis que la faiblesse du moi s'accompagne d'une

meilleure conservation de ses moyens de défense, expliquerait les scores des névrosés et des alcooliques.

CHAPITRE III

DISCUSSION DE LA VALEUR DES RESULTATS

Nous pouvons maintenant essayer de nous poser la question de la valeur et de la portée des résultats que nous venons d'analyser et d'interpréter.

I - VALEUR DIAGNOSTIQUE.

La question qui semble en premier lieu devoir se présenter est celle de la valeur diagnostique de la méthode que nous avons employée.

- Il n'est évidemment pas question de la proposer comme une technique de diagnostic de la mélancolie et de la schizophrénie puisque précisément nous avons vu que les résultats de ces deux catégories de malades étaient très semblables.
- Du point de vue du diagnostic des états psychotiques et des états névrotiques, au contraire les résultats obtenus sont plus intéressants parce que les scores sont dans les psychoses et les névroses suffisamment différents pour permettre de discriminer ces deux catégories.

Mais l'utilité clinique de la méthode pour un tel diagnostic est très discutable, et il est absolument certain qu'un bon examen clinique est infiniment préférable à l'utilisation du P.F. test pour diagnostiquer une psychose d'une névrose dans la très grande majorité des cas. De nombreux autres tests d'ailleurs, si le recours à un test s'avérait nécessaire, seraient à recommander dans un tel cas avant celui de ROSENZWEIG.

- Nous pensons que les mêmes considérations peuvent s'appliquer au problème de l'éventualité de l'utilisation du P.F. test pour le diagnostic des états révérotiques et alcooliques.

II - VALEUR PRONOSTIQUE.

Si la méthode utilisée ne semble donc pas présenter de réel intérêt diagnostic, il n'est pas impossible qu'elle présente un intérêt pronostic : D.B. VINSON, dans un travail récent (102) a essayé d'utiliser le test du dessin au miroir pour prévoir dans des catégories diverses de malades mentaux les effets de la thérapeutique par électro-choc. Il semble que l'on puisse avec profit essayer de généraliser cette méthode aux autres thérapeutiques de choc, aux techniques de cure de sommeil, ou même aux techniques psychothérapeutiques utilisées en psychiatrie. Il faut cependant noter qu'-

ici c'est uniquement le test de dessin au miroir qui est employé.

III - VALEUR DE LA METHODE POUR LE DIAGNOSTIC DE CERTAINS "SYMPTOMES".

Le fait même que le test du dessin au miroir permette de juger de l'amélioration de nombreux états psychotiques ou névrotiques différents les uns des autres, amène à penser que les scores à cette épreuve qui, en l'a vu, sont dans une certaine mesure discriminatifs des syndromes schizophréniques et mélancoliques, le sont peut-être surtout de certains symptomes communs à des affections mentales multiples.

WECHSLER, en s'en rappelle, utilise le test du dessin au miroir pour mesurer l'anxiété (104). Or l'anxiété, phénomène central des névroses pour de très nombreux psychanalystes est un symptôme que l'on retrouve assez facilement dans de nombreux états psychotiques également (et notamment beaucoup plus fréquemment chez les mélancoliques que chez les schizophrènes). Le concept de frustration lui-même est assez proche de celui d'anxiété et le facteur "anxiété" est certainement très important dans le déterminisme de la tolérance à la frustration d'un sujet..

Ainsi le test du dessin au miroir apparaîtrait

comme intéressant moins pour le diagnostic de certaines maladies mentales, que pour la mise en évidence de symptômes (ou peut-être même d'ensemble de symptômes) communs à de nombreuses affections et susceptibles de se retrouver dans chacune d'elles à un degré plus ou moins important.

IV - VALEUR DE LA METHODE POUR L'ETUDE ET LA CONNAISSANCE DES SYNDROMES OU DES "CAS" CLINIQUES.

Dans la mesure justement où elle permet d'apprécier ainsi en quelque sorte le "degré de saturation" en le symptôme envisagé (anxiété, frustration) de telle ou telle affection mentale, la technique du dessin au miroir (et le P.F. test qu'il nous semble préférable d'employer simultanément), permet indiscutablement d'accéder à une connaissance plus profonde des mécanismes psychiques déterminants de la symptomatologie observée. Peut-être dans ce sens, en précisant les types de comportement dans diverses situations frustrantes des schizophrènes et des mélancoliques, notre étude pourrait-elle nous permettre de parvenir à une meilleure compréhension des mécanismes de ces affections, et peut-être l'étude peut-elle être fructueuse de la schizophrénie par exemple sous l'angle de la frustration.

De nombreux auteurs ont insisté sur ce rôle

capital dans la schizophrénie de la "frustration".

SHERMAN dont nous avons déjà signalé les travaux, indique que les schizophrènes sont de tous les psychotiques ceux qui présentent le seuil de frustration le plus élevé.

"Ceux, dit-il, qui étaient considérés comme les schizophrènes les plus gravement atteints du point de vue du degré de la dissociation... se sont révélés avoir le seuil de frustration le plus élevé". (95)

Ces conclusions semblent corroborer parfaitement nos interprétations des résultats des schizophrènes au test de ROSENZWEIG.

NIELSEN et THOMPSON (71) rapportent une série d'observations qui leur permet de conclure que la constitution du "monde schizophrénique" est un mode de réaction à la frustration.

Enfin, on sait toute l'importance que les Psychanalystes accordent aux frustrations dans la genèse des maladies mentales en général et de la schizophrénie en particulier.

C'est à une confrontation de nos hypothèses et de celles de ROSENZWEIG avec les différentes théories explicatives de la schizophrénie et de la mélancolie, et

en particulier aux théories psychanalytiques que nous voudrions consacrer notre dernier chapitre.

CHAPITRE IV

CONCEPTIONS PSYCHANALYTIQUES DE LA FRUSTRATION

ET RESULTATS EXPERIMENTAUX

Pour ROSENZWEIG, la théorie de la frustration représente "un essai de donner une expression concrète du point de vue organismique en psychobiologie. Elle fournit une reformulation de concepts psychanalytiques tenant compte des possibilités expérimentales". (74)

Ainsi pour ROSENZWEIG, la théorie qu'il développe se situe dans le prolongement de la théorie psychanalytique à laquelle elle apporte l'appui de données expérimentales.

Nous essaierons dans ce chapitre, en donnant un exposé rapide de la conception psychanalytique de la schizophrénie et de la mélancolie, d'étudier comment les hypothèses de ROSENZWEIG et les résultats qu'à l'aide de son test et du test du dessin au miroir nous avons obtenus, dans ces deux affections mentales peuvent s'articuler avec ces conceptions psychanalytiques.

I - LA SCHIZOPHRENIE.

L'ensemble des symptômes de la série schizophré-

nique, pour de nombreux psychanalystes se ramène à une frustration subie par le malade au stade oral de son développement (87) : c'est à ce stade que se constitue le Moi, et la "dissociation" du Moi des schizophrènes serait ainsi l'expression de ce stade précoce du développement où le Moi n'est pas encore formé.

Les bases du développement de l'enfant sont, à ce stade, constituées par ses possibilités d'amour et de nourriture. Aucune distinction entre ces deux besoins n'existe d'ailleurs à ce stade non plus qu'entre le Moi et le monde extérieur. Comme nous y avons déjà insisté dans le chapitre III de la 1ère partie, la mère représente à ce stade l'ensemble de l'univers de l'enfant, et les frustrations auxquelles elle est susceptible de l'exposer s'adressent toujours à la totalité du Moi de celui-ci. Si elles surviennent, c'est tout le comportement ultérieur de l'enfant qui est perturbé : les stades suivants ne peuvent être franchis, le sujet, en quelque sorte "sensibilisé" aux frustrations se réfugie dans un mode magique de pensée qui constitue "le terrain de l'expérience schizophrénique... dont la cause déclenchante est toujours un abandon affectif ou le résultat de multiples frustrations qui, sous une optique errante peuvent passer pour minimales, mais qui ne le sont en réalité jamais...". (87)

SCHWEICH, MARGAT et FORZY dans l'article déjà cité (87) rapportent les observations de R.A. SPITZ chez des nourrissons abandonnés qui présentent des stéréotypies analogues à celles du syndrome moteur catatonique. Ils voient là une preuve quasi expérimentale de "la frustration orale dans la genèse de la schizophrénie", preuve qui nous semble cependant peut-être un peu insuffisante si l'on se souvient du nombre de syndromes de type catatonique moteur qui peuvent s'observer en dehors de toute schizophrénie.

Ainsi, certains psychanalystes considèrent comme uniquement déterminantes dans la genèse de la schizophrénie, les frustrations subies par le sujet au stade oral de son développement.

Henri EY après avoir critiqué le caractère souvent outrancier de certaines de ces conceptions, souligne les rapprochements qui existent entre la théorie freudienne de la schizophrénie et la conception de BLEULER (24. p.41).

Mais pour BLEULER c'est par un "mouvement évolutif où s'intriquent les troubles primaires et secondaires que se constitue la schizophrénie" (ibid.), tandis que pour l'école psychogénétiste elle est "l'expression manifeste de courants affectifs latents

qui entraînent l'individu à se schizophréniser. Certes cette intentionnalité, cette valeur hédonique du mouvement de "repliement", de "refus", de "négativisme", ce désir de régresser vers les phases narcissiques et la vie intra-utérine existe bien chez ces malades mais il est seul considéré comme le "primum movens" de la maladie. Pour BLEULER au contraire, ce fait fut interprété comme l'effet d'un processus destructif. (ibid. p.41)

Henri EY souligne également un autre aspect des conceptions psychogénétistes : celui formulé dans la théorie d'A. MEYER ou dans celle d'ADLER, et pour lequel la schizophrénie consiste en une réaction psychologique à des situations vitales difficiles ou à des "malajustements".

Il montre ensuite la nécessité, du point de vue structural, de distinguer l'aspect négatif ou primaire du trouble : la dissociation, et son aspect positif, ou secondaire, l'autisme.

Nous pouvons essayer de considérer maintenant dans quelle mesure la confrontation des différentes théories infirme ou confirme l'interprétation que nous tenions aux chapitres précédents des résultats de nos schizophrénies :

- La théorie psychanalytique nous a montré le rôle ca-

pital des expériences frustrantes de la vie infantile dans le déterminisme de la schizophrénie. La conséquence de ces frustrations est double :

- en premier lieu elles entraînent chez le sujet un "repliement sur soi-même", une "fuite de la réalité",
- en second lieu, elles le sensibilisent aux expériences frustrantes ultérieures.
- Un des troubles essentiels de la pensée schizophrénique est constitué par la "dissociation" et la faiblesse du Moi.
- Devant donc une expérience frustrante effectivement vécue, le schizophrène "sensibilisé" à la frustration va réagir, et il réagira vraisemblablement encore par un comportement de fuite de la réalité, et d'évitement de la situation sociale. Nous avons déjà expliqué pourquoi les réponses de types I et N.P. s'accompagnant d'un abaissement du score des E.O. nous semblaient traduire précisément ce comportement chez les schizophrènes.

II - LA MELANCOLIE.

Dès 1911 Karl ABRAHAM a abordé du point de vue psychanalytique le problème de la mélancolie.

Ce qui, pour ABRAHAM caractérise la mélancolie, c'est sa régression au stade oral avec une organisation libidinale sur le mode oral où, on le sait, l'ambivalence est prédominante. FREUD en 1916, reprend avec "Deuil et Mélancolie" le problème de l'interprétation psychanalytique de la mélancolie. On note, dit-il, dans la mélancolie et dans le deuil, la tristesse, le manque d'intérêt pour le monde extérieur et l'inhibition.

Dans la mélancolie comme dans le deuil, "le sujet a perdu un objet aimé, mais cette perte et la rupture libidinale qu'elle comporte a lieu dans l'inconscient" (25. Ann. p. 2).

Le phénomène central, cependant, est peut-être celui de l'identification : "Par suite d'une déception ou d'un conflit quelconque, le patient est amené à rompre les relations libidinales avec un objet. Il ne le fait pas directement mais par le moyen d'une identification de son "Moi" avec l'objet. Par là, le "Moi" devient la cible des reproches primitivement dirigés contre cet objet". Mais, pour qu'un tel mécanisme soit possible il faut que ç'ait été sur un mode "narcissique" que l'objet ait été choisi, et "ce choix narcissique est caractéristique de l'organisation orale ambivalente à laquelle régresse le mélancolique" (ibid. p. 3).

ABRAHAM en 1924, introduit dans le processus de

la mélancolie la régression au stade sadique-anal.

En conclusion de son étude, il reconnaît dans la genèse de la mélancolie cinq éléments fondamentaux :

- en premier lieu, un facteur héréditaire et constitutionnel lié à un érotisme oral développé,
- une fixation particulière à l'organisation érotique orale,
- une blessure grave faite au narcissisme de l'enfant,
- la première blessure narcissique étant survenue au stade pré-oedipien,
- le rôle des répétitions de ces blessures (nous pourrions dire de ces frustrations) à l'âge adulte est également souligné par ABRAHAM.

WEISS en 1946, interprète la mélancolie comme due à la fixation de la libido à un objet qui ne peut être atteint : la mère généralement. "Il en résulte une forte déception, une frustration, et le patient ne peut porter de l'intérêt vers les autres objets" (ibid. p. 8) et WEISS conclue que l'état dépressif se présente comme "une mesure de défense contre un état insupportable de frustration ou d'anxiété".

Henri EY (25) critique le point de vue et la théorie psychanalytique de la mélancolie : Il existe pour lui dans la mélancolie des troubles négatifs (l'inertie

et l'"agglutination" des processus psychiques, la pauvreté des contenus de conscience, la dépression de l'humeur) et des troubles positifs (sentiments tristes avec libération des tendances auto-destructrices, impulsions au suicide, phénomènes délirants de culpabilité, d'auto-accusation, etc...).

Il reproche essentiellement à la théorie psychanalytique d'"expliquer un tableau clinique par l'élément effectif qui le sous-tend". (ibid.) Or, tous les éléments qui constituent la structure négative de la mélancolie ne peuvent se comprendre par le seul "désir de la mort" comme l'admettent les théories psychogénétistes.

Si nous revenons maintenant aux hypothèses que nous formulions pour tenter d'interpréter les scores des mélancoliques, nous constatons que la similitude des résultats remarquée entre schizophrènes et mélancoliques est peut-être dans une certaine mesure sous-tendue par le parallélisme des mécanismes psychanalytiques de l'une et de l'autre affection : ici encore, comme pour la schizophrénie, la théorie psychanalytique insiste sur le rôle des frustrations infantiles, essentiellement de celles survenant au stade oral; cependant, dans la mélancolie, l'accent est mis également sur l'importance du stade anal.

L'effet de ces frustrations est ici de faire apparaître un comportement "dépressif" où le sujet retourne contre lui-même son agressivité puisque son "moi" s'est identifié à l'objet en lequel il ne peut investir ses pulsions libidinales et qui est devenu en raison de l'ambivalence même caractéristique du stade de régression simultanément objet d'amour et de haine.

On voit que cette "agressivité" retournée contre soi-même" peut dans un certain sens se manifester par l'élévation des scores I au test de ROSENZWEIG.

Comme pour la schizophrénie encore les frustrations infantiles ont "sensibilisé" le sujet aux frustrations ultérieures qui risquent plus facilement que chez d'autres de déclencher des réactions dépressives. Cet accès dépressif cependant apparaît bien ici encore, avec la dévalorisation de l'existence qu'il implique comme une réaction d'évitement des situations frustrantes possibles, une réaction de "mise à l'abri".

Les situations expérimentales de frustration dans lesquelles se trouvent placés les mélancoliques risquent donc d'entraîner une nouvelle poussée mélancolique. C'est pourquoi le sujet cherchera à sortir de cette situation de frustration aussi rapidement que possible, et, pour apaiser son auto-agressivité, il es-

saura d'en sortir en s'imposant de trouver lui-même une solution, c'est-à-dire au moyen d'une réaction de type "1", à moins que la situation frustrante ne soit trop traumatisante et que le sujet, à nouveau plongé par la situation même dans la dépression, ne se laisse déborder par elle, donnant alors surtout des réponses de dominance de l'obstacle.

III - RAPPORTS DES MECANISMES PSYCHANALYTIQUES AUX RESULTATS DES EXPERIENCES SUR LA FRUSTATION.

Ainsi peut-on jusqu'à un certain point trouver dans les théories psychanalytiques une confirmation des hypothèses et des interprétations que nous avons tenté de formuler aux chapitres précédents.

Il serait illusoire cependant de prétendre tirer argument de la possibilité de tels rapprochements pour conclure à la valeur de nos hypothèses, à celle du test de ROSENZWEIG, ou même à celle des conceptions psychanalytiques. On se souvient en effet que ROSENZWEIG présentait sa théorie de la frustration dont son test n'est qu'une application pratique, comme une "reformulation de concepts psychoanalytiques, tenant compte des possibilités expérimentales".

Il apparaît ainsi normal que l'interprétation des résultats à un test construit sur la base de conceptions psychanalytiques se trouve justement corré-

borer en définitive les théories même dont il était parti; sans que ce fait autorise pour autant à juger de la valeur de l'ensemble des théories et du test.

Mais le problème même est délicat du passage des théories psychanalytiques et des mécanismes qu'elles invoquent dont la connaissance est basée sur le résultat des investigations psychanalytiques, à l'interprétation des résultats expérimentaux obtenus à l'aide d'un "test projectif de frustration".

C'est ce problème fondamental que nous n'avons cessé d'évoquer tout au long de ce travail, qui a été bien vu et clairement exposé par David RAPAPORT (77).

D. RAPAPORT ne nie pas l'intérêt certain des recherches expérimentales sur la frustration, mais ces recherches ne peuvent guère aboutir qu'à classer des types de réactions à la frustration. Et l'on peut même ajouter que ce ne sont pas des types de réactions à la frustration que ces expériences parviendront à établir, mais des types de réaction à telle situation frustrante expérimentale bien définie.

Les types de réactions ne sont vrais que par rapport à la situation qui a permis de les isoler.

Et il semble dès lors difficile de demander à

ces expériences de conduire à une théorie valable de la dynamique des situations de frustration en général; à fortiori ne peut-il être question d'attendre d'elles quelque éclaircissement sur les fonctions psychiques responsables de ces réactions. Car contrairement aux investigations psychanalytiques dont le caractère même est d'être "historiques" et de ne considérer l'individu que dans le continuum de son existence en s'imposant de ne juger de ses réactions que par référence à l'ensemble de sa personnalité, de son passé, de ses expériences vécues, les expériences sur la frustration considèrent cet individu à l'état statique à un moment particulier de son existence, dans une situation particulière, et juge de ses réactions simplement par comparaison de ses résultats avec des moyennes des scores des réactions d'autres sujets à une situation identique.

Ainsi l'intérêt de ces expériences sur la frustration semble limité, et moindre certainement que celui des investigations psychanalytiques qui parviennent sans doute plus facilement à une appréhension plus directe des conduites et des valeurs de la personnalité.

Quant aux rapports mêmes qui lient ces deux champs de recherche, elle semble des plus difficiles.

RAPAPORT cite l'exemple des expériences faites sur la mémoire à propos du concept psychanalytique de

"répression", les expériences consistent, par exemple, à mesurer la rapidité, le degré, la profondeur, etc... de l'oubli de différentes situations ou de différents stimuli; on arrive aux conclusions que les événements les plus agréables ou les plus désagréables ou les plus nettement signalés présentent tels caractères particuliers de la courbe d'apprentissage et de la courbe de l'oubli. Ces expériences, conclut RAPAPORT, sont sans doute intéressantes mais elles n'apportent rien à la théorie psychanalytique de la "répression" ou de la "punition".

Il en est de même pour le problème de la frustration. Les recherches expérimentales menées dans ce domaine ont un vaste champ d'études à explorer :

- Elles contribuent en premier lieu à établir, sur la base de théories qu'elles s'efforcent de vérifier, comme par exemple la théorie de la frustration-agression, des données de fait qui sont loin d'être sans intérêt sur le comportement et les réactions des sujets dans les situations de frustration.
- Elles tendent à isoler les 5 types individuels de réaction à la frustration et d'apporter ainsi une contribution intéressante à l'établisse-

ment d'une typologie riche en applications pratiques.

- Enfin les résultats de ces recherches ne sont peut être pas sans intérêt non plus du point de vue théorique de la hiérarchie des besoins et des tendances, du problème des instincts, de la théorie de la conduite, etc...

Mais l'articulation paraît difficile de ce champ de recherches avec celui des investigations psychanalytiques.



CONCLUSIONS

I. La première difficulté que l'on rencontre dans l'étude de la tolérance à la frustration chez certains malades mentaux réside dans l'ambiguïté de la notion même de frustration. On doit de ce point de vue retenir la théorie de MASLOW qui insiste sur la distinction fondamentale qu'il convient d'établir entre la simple privation, et la frustration qui implique toujours une menace pour la personnalité.

Ce n'est qu'à partir de ce point de vue que peuvent être valablement discutées les différentes théories de la frustration.

II. En nous basant d'une part sur les nombreuses recherches expérimentales qu'a suscité la notion de frustration, et d'autre part sur une épreuve utilisée à différentes reprises en psychologie expérimentale : l'épreuve du dessin au miroir, nous avons proposé d'employer comme test objectif de frustration cette épreuve du dessin au miroir.

III. Nous avons administré systématiquement à un groupe de 52 malades dont 26 schizophrènes et 26 mélancoli-

ques le test du dessin au miroir et le test de ROSENZWEIG. Nous avons également administré à un groupe de 15 alcooliques et de 12 névrosés le test de ROSENZWEIG. Tous les sujets ont été sélectionnés du point de vue du niveau mental par le test Culture Free de Cattell et le test de vocabulaire de Binet-Pichot.

Nous nous sommes efforcés de constituer des groupes de sujets aussi semblables que possible afin de pouvoir valablement les comparer entre eux. Nous avons cependant rencontré certaines difficultés inhérentes à la nature même de notre travail, du point de vue en particulier de l'âge et du sexe des malades, de leur niveau mental, de leur degré de détérioration.

IV. Des résultats que nous avons obtenus nous pouvons conclure :

1° - qu'il existe des analogies marquées entre les résultats des schizophrènes et ceux des mélancoliques.

Cependant,

les scores des mélancoliques sont très nettement inférieurs à ceux des schizophrènes au test du dessin au miroir.

Dans plus de la moitié des cas, les mélancoliques ne parviennent pas à finir

l'épreuve dans le temps limite qui est de 10 minutes.

1. pourcentage des réponses de dominance de l'obstacle (O.D) au test de ROSENZWEIG est plus élevé chez les mélancoliques que chez les schizophrènes.

2°) - (ce, à ces éléments près, les schizophrènes et les mélancoliques présentent aux deux tests utilisés des résultats très proches caractérisés essentiellement par :

- au test de ROSENZWEIG

- une fréquence élevée de réponses intropunitives (I) avec diminution de celle des réponses extropunitives (E) et maintien d'une fréquence normale de réponses impunitives (M),
- une fréquence basse des réponses de défense du Moi (E.D) avec une élévation de celle des réponses de persistance du besoin (N.P),
- un indice de conformité au groupe (G.C.R) bas,

- au test du dessin au miroir :

- un allongement du temps nécessaire à l'accomplissement de l'épreuve.

3°) - Que la moyenne des scores des alcooliques et des névrosés au P.F. test de ROSENZWEIG se situe entre celles des normaux et des sujets psychotiques; les scores des alcooliques étant dans l'ensemble plus déviants de la normale que ceux des névrosés.

4°) - Qu'il existe une corrélation intéressante entre le score E.D du test de ROSENZWEIG et le score au test du dessin au miroir : les sujets ayant la plus grande fréquence de réponses E.D étant également ceux qui ont les plus mauvais résultats au test du dessin au miroir.

V. Parmi les résultats obtenus, certains confirment les hypothèses formulées par ROSENZWEIG; d'autres au contraire semblent devoir les infirmer : c'est par exemple le cas de l'hypothèse de ROSENZWEIG suivant laquelle les réponses de défense du Moi (E.D) devraient être élevées chez tous les psychotiques. Nous avons trouvé au contraire un score E.D abaissé chez ces malades. Nous avons essayé d'interpréter l'ensemble des résultats en considérant d'une part que

la réaction des schizophrènes et des mélancoliques à la frustration était dans une certaine mesure caractéristique d'une conduite d'"évitement de la situation", et en établissant d'autre part une distinction entre les sujets présentant un Moi faible mais disposant de réactions de défense satisfaisantes dont le score E.D pouvait peut-être se trouver élevé, et les sujets présentant un Moi faible avec des réactions de défense faibles également, dont le score E.D était généralement bas.

VI. Enfin, nous avons essayé de discuter la valeur et la portée des résultats en envisageant l'intérêt présenté par l'utilisation des deux tests de frustration dans des buts diagnostique, pronostic, ou même simplement pour essayer d'accéder à une meilleure connaissance des mécanismes de certaines affections mentales.

La confrontation de nos résultats et de nos premières interprétations avec les données des principales théories de la frustration et en particulier avec celles de la théorie psychanalytique paraît montrer l'intérêt des recherches expérimentales sur la frustration, mais la difficulté de leur articulation avec

les investigations analytiques et de leur intégration dans la théorie psychanalytique de la Frustration.

-:-:-:-

- 173 -

B I B L I O G R A P H I E

1. ADAMS (C.R.).- Individual differences in behavior resulting from experimentally induced frustration.
Jour. of psychol. 1940, 10, 157-176.
2. ALEXANDER (F.).- A world without psychic frustration.
Amer. Jour. Social, 1944, 49, 465-468.
3. ANDERSON (P.K.).- A Study of the relationship between performance in a mirror tracing test and Extraversion-Introversion.
Master's Thesis New-York University 1935.
4. BALL.- An objective measure of emotional instability.
Jour. Appl. Psychol. 1929, 13, 22-256.
5. BARKER, DEMBO and ... Frustration and regression. An experiment With Young Children (Univ-Iowa Stud Child, Wel. 1941, 18 n°1.
6. BARKER, HASLERUD, MOWRE, ROSENZWEIG.- Frustration as an experimental problem.
7. BATESON (G.).- The Frustration-Agression Hypothesis and Culture
Psychol. Rev. 1941, 18, 350-355.
8. BOIS.- Le test de stabilité neuro musculaire.
9. BRITT (S.H.) and JAMES (S) Criteria of frustration
Psychol. Rev. 1940, 47, 451-469.
10. BROWER (D.).- Respiration and blood pressure in sensory motor conflict
Jour. of Gen Psychol. 34, 1946, 47-58

11. BROWER (D.).- The relation between certain Rorschach Factors and cardio vascular activity before and after visuo-motor conflict
Jour. of Gen Psychol, 37, 1947, 83-85.
12. BROWER (D.).-The relations between Minnesota Multiphasic Personality Inventory Score and cardio-vascular measures before and after experimentally induced visuo-motor conflict,
Jour. of social Psychol. 26, 1947, 55-60.
13. BROWER (D.).- The relation between Intelligence and cardio-vascular activity before and after visuo-motor conflict.
Jour. of Genet Psychol. 70, 1947, 233-236.
14. BROWER (D.).- The relations of visuo-motor conflict to personality traits and cardio-vascular activity.
Jour. of Gen Psychol. 38, 1948, 69-99.
15. BROWN (J.F.).- Reactions of psychiatric patients in a frustrating situation.
Bull. Menninger Clin. 1939, 3, 44-64.
16. BROWN, JUDSON and FARBER (F.E.).- The treatment of emotions as intervening variables and a tentative theory of frustration
Amer. Psychologist. 1949, 4, 200-212.
17. CARMICHAEL.- History of mirror drawing as a laboratory method,
Jour. Genet. Psychol. 1927, 34, 90-91.
18. DEARBORN.- Experiments in learning
Jour. of Educ. Psychol. 1910, 1, 374-388.
19. DELAY (J.).- Les dérèglements de l'humeur.
P. U. F. 1946.
20. DELAY, PICHOT, PERST, & La validité des tests de personnalité en Psychiatrie I Problèmes Généraux.
Annales Médico-Psychologiques. T2
n°4 Novembre 1952.

21. DOLLARD (J.) and COLL. Frustration and aggression
New-Haven Yale University Press,
1939.
22. EY (H.).- Position actuelle des Problèmes de la Démonie Précoce et des états schizophréniques.
Evol. Psychiatrique 1934 Fasc. II,
3-24.
23. EY (H.).- Etudes Psychiatriques.
Tome I Desclée de Brower et Cie
Edit. Paris.
24. EY (H.).- "Démence Précoce" ou "Schizophrénie".
Evolution des idées.
Question inédite 1952.
25. EY (H.).- Mélancolie.
Question inédite Janvier 1949.
26. EY (H.) et Madame BONNAFOUS-SERIEUX.- Etudes cliniques et considérations nosographiques sur la "Démence précoce".
Annales Médico-Psychologiques 1958,
n° 2, 3, 1-66.
27. FISHER (R.P.).- The role of frustration in academic achievement an experimental investigation.
J. Amer. Ass. Colleg. Registr. 1943, 18,
227-238.
28. FISHER, STONE and BUCHER.- Frustration play technique.
New-York University Film Library
1942.
29. FRANKLIN, JOSEPH and BROZECK.- The Rosenzweig picture frustration study as a measure of frustration responses.
Amer Psychologist. 1948, 3-357.
30. FRANKLIN, JOSEPH and BROZECK.- The Rosenzweig P.F. Test as a measure of frustration responses in semistarvation.
Jour. of Consult. Psychol. 1949, 13,
293-300.

31. FREDERIKSEN (N.).- An experimental study of the affect of frustration on the behavior of young children, with especial reference to negativism.
Psychol. bull 1940, 37-488.
32. FREDERIKSEN (N.).- The effects of frustration on negativistic behavior of young children.
Jour. of Genet. Psychol. 1942, 61, 203-226.
33. FREEMAN.- The effect of inhibited micturition upon interrupted and completed acts of unrelated origin.
Jour. of Gen. Psychol. 1938, 19, 277-283.
34. FREEMAN.- Toward a Psychiatric Plimsoll-Mark: Physiological Recovery quotients in experimentally induced frustration.
Jour. of Psychol. 1939, 8, 247-252.
35. FREEMAN.- A method of inducing frustration in human subjects and its influence upon palmar skin resistance.
Amer. Jour. Psychol. 1940, 53, 117-120.
36. FREEMAN.- Suggestions for a standardized "stress" test.
Jour. of Gen. Psychol. 1945, 32, 3-II.
37. FREEMAN.- Physiological Recovery from experimentally induced frustration as a function of over muscular discharge.
Psychol. Bull. 1940, 37-364.
38. FREEMAN and MANSON.- Stress Interview
Jour. of Abnorm. and Soc. Psychol
1942, 37, 427-447.
39. FRENCH (R.L.).- Changes in performance on the Rosenzweig picture Frustration Study Following experimentally induced frustration
Jour. of Consult. Psychol. 1950, 14, III-III5.
40. GHOSE (K.D.).- Emotional starvation in children and young persons
Indian. J. Psychol. 1941, 16, III-III5.

41. GORDON.- Frustration and aggression among Jewish University students a survey at the university of Minnesota.
Jew.Soc.Stud.1943,5,27-42.
42. GREENACRE (P.).- Infant reactions to restraint: Problems in the fate of infantile aggression.
Amer.J.Orthopsychiat 1944,14,204-218.
43. HARTOGGS.- Contribution to the analysis and measurement of anxiety
Master's Thesis New-York University 1945.
44. HENRI.- Revue générale sur le sens musculaire.
Année Psychol.1898,5,399-556.
45. HOGGARD.(E.A.) and FREEMAN (G.L.) Reactions of children to experimentally induced frustration.
Psychol.Bull.1941,38.
46. HOLSOFFLE.- The Social adjustment of delinquents who are unable to inhibit old automatic perceptual responses
J.Soc.Psychol.1932,3,91-96.
47. HUNT (J.).- The effect of feeding frustration in infancy upon adult boarding in the white rat
Psychol.1900,37,484-488.
48. HUTCHINSON (E.D.).- The period of frustration in creative endeavor
Psychiatry 1940,3,351-359.
49. JERVIS (F.M.) and H CLARKE (G.) .- Quantitative differences in frustration between blind and sighted adolescents
J.Psychol.1950,29,67-76.
50. KATZ, IRWIN.- Emotional expression in failure: a new hypothesis.
Jour. of Abn. norm. Social. Psychol. 1950
45,329-349.

51. KLEE (J.B.).- The relation of frustration and motivation to the production of abnormal fixations in the rat.
Psychol.monogr. 1944,56,n°4.
52. KORCHIN (S.T.).- A comparative study of three projective techniques in the measurement of frustration-reaction types.
Clark.Univ.Bull.1943,15,70-72.
53. KVARACUS (W.C.).- Delinquency a by-product of the school.
Sch.and Soci.1944,59,350-351.
54. KYLE (G.T.).- A comparison of normal and schizophrenic subjects in level of aspiration frustration and aggression.
1949,P.H.D.,New-York U.
55. LAPRADE.- L'écriture en miroir.
Thèse Med.Paris 1902-1903.
56. LELAND, EARL MICHELER.- Reactions to frustrating situations in obsessive-compulsive neurosis.
1949.M.S.U. Pittsburgh.
57. LEFLEY (W.M.).- Frustration as a function of goal-distance.
Psychol.Bull.1940,37-486.
58. LOUITTIT (C.M.).- Mirror tracing test as a diagnostic aid for emotional instability.
Psychol.Rec.1943,5,279-286.
59. McCLELLAND (D.C.)and MICHELLA (F.S.).- A functional classification of verbal reactions to experimentally induced failure.
Jour.of Abnom.Soc.Psychol.1945,40,376-390.
60. MAIER, (N.R.F.)GLASER (N.W.)and KLEE (J.B.).- Studies of abnormal behavior in the rat.
III the development of behavior fixation through frustration.
J.Exp.Psychol.1940,26,521-546.

61. MAIER (N.R.F.).- The role of frustration in social movements.
Psychol.Rev.1942,49,586-599.

62. MAIER and FELDMAN (R.S.).-Studies of abnormal behavior in the rat.Strength of fixation and duration of frustration .
J.Comp.Physiol.1948,41,348-363.

63. MAIER (N.R.F.).- Frustration, the study of behavior without a goal.
New-York.Mc.Graw-Hill 1949.

64. MARQUART (D.I.).- The pattern of punishment and its relations to abnormal fixation in adult human subjects.
J.Gen.Psychol.1948, , ...
39, 107-144.

65. MARQUIS (D.P.).- A study of frustration on newborn infants.
J.Exp.Psychol.1943,32,123-138.

66. MASLOW (A.H.).- Deprivation, Threat, and frustration?
Psychol.Rev. 1941,48,364-366.

67. MASLOW (A.H.).- Conflict, frustration and the theory of threat.
J.Abnorm.and Soc.Psychol.1943,38,
81-86.

68. MASSERIAN (J.H.).- Behavior and neurosis.An experimental psychoanalytic approach to psychobiological principles.
Chicago University-Press of Chicago

69. MILLER (N.E.).- The Frustration-Agression hypothesis,
Psychol.Rev.1941,48,337-342.

70. MOBLAN (G.K.).- A Note on the frustration-aggression theories of Dollard and his associate
Psychol.Rev.1949,56,1-8/

71. NIELSEN (J.M.) and THOMPSON (G.M.).- Schizophrenic syndromes as frustration reactions.
Amer J. Psychiatr. 1948, 104, 771-777.
72. ORLANDY.- The Harlem riot: a study in mass frustration.
Social analysis 1943 n°1.
73. PHILIP (H.L.).- An experimental study of the frustration of will acts and conation.
Brit J. Psychol. Monogr. Suppl. 1936 n°21.
74. PICHOT (P.) et DANJON (S.).- Le test de frustration de Rosenzweig.
Rev. Psychol. Appl. Tome I n°3, 147-225.
75. PORTERFIELD (D.L.).- The problem of response to personality frustration: a concrete example.
Social forces, 1942, 21, 75-81.
76. PORTERFIELD (D.L.).- A century of frustration.
Social Sci. 1942, 17, 132-142.
77. RAPAPORT (D.).- Freudian mechanisms and frustration experiments.
Psychoanal quart. 1942, 11, 503-511.
78. ROSENZWEIG (S.).- An outline of frustration theory in "Personality and the behavior disorders". de Hunt. Vol. I, 1944.
79. ROSENZWEIG (S.).- An experimental of "repression with special reference to need persistive and ego-defensive reactions to frustration.
J. Exp. Psychol. 1943, 32, 64-74.
80. ROSENZWEIG (S.).- Need persistive and ego-defensive reactions to frustration as demonstrated by an experiment on repression.
Psychol. Rev. 1941, 48, 347-349.
81. ROSENZWEIG (S.).- Revised norms for the Adult Form of the Rosenzweig Picture-Frustration Study.
Amer. J. Orthopsychiatr. 1950, 20, 63-72.

82. ROSENZWEIG (S.).- Frustration as an experimental problem.
Char. and Pers.1938,7,126-160.
83. ROSENZWEIG (S.).- Types of reactions to frustration:an heuristic classification.
J. Abnorm.Soc.Psychol.1934,29,298-300.
84. ROTTER (J.B.) and RODNICK (E.H.).-A study of the reactions experimentally induced frustration.
Proc.Ind.Acad.Sci.1941,50,192.
85. SARASON (S.B.).-6 The relationship of reaction to frustration ego defense and suggestibility an experimental study of the triadic hypothesis.
Clark.Univ.Bull.1942,14,62-65.
86. SARASON (S.B.)and ROSENZWEIG (S.).- An experimental study of ego-defense and hypnotizability.
Char.and Pers.1942,11,1-19 et 150-155.
87. SCHWELCH,MARGA.T,et FORZY.. Vers une psychothérapie des schizophrènes.
Evolution Psychiatrique 1953,1,99-116.
88. SCOTT (J.P.).- Incomplete adjustment caused by frustration of untrained fighting mice.
J.Comp.Psychol.1946,39,379-390.
89. SEARS (R.).- Frustration and aggression.
in:Harriman,Encycl.Psychol.215-218.
90. SEARS (R.).- Non-aggressive reactions to frustration.
Psychol.Rev.1941,48,343-346.
91. SEASHORE (H.G.) and BAVELAS (A.).- A study of frustration in children.
J;Genet.Psychol.1942,61,279-314.

92. SECHEHAYE (M.A.).- Journal d'une schizophrène.
P.U.F. Paris.
93. SECHEHAYE (M.A.).- Supplément à la revue suisse
de psychologie et de psychologie appliquée
n°12 "la réalisation symbolique"
94. SHAKOW, RODNICK and LEBEAUX.- A psychological study
of a schizophrenic; exemplification of a
method.
J. Abnorm. Soc. Psychol. 1945, 40, 154-
174.
95. SHERMAN (M.) and JOST (H.).- Frustration reaction
of normal and neurotic persons.
Jour. of Psychol. 1942, 13, 3-19.
96. SHERMAN (M.).- The frustration threshold.
Amer. J. Psychiatr. 104, 242-246.
97. SNOODY (G.S.). Evidence for two opposed processes
in mental growth.
Lancaster P. Science press 1935.
98. STAFFORD (J.W.) and HSU (E.H.).- Experimental
frustration in human adults.
J. Clin. Psychol. 1948, 4, 269-276.
99. THIESSEN, WARREN and MEISTER.- A laboratory investigation
of measures of frustration tolerance of pre-adolescent children.
J. Genet. Psychol. 1949, 75, 277-291.
100. THORNER (I).- Sociological aspects of affectional
frustration.
Psychiatry 1943, 6, 157-173.
101. TINBERGEN (N.) and VAN IERS EL.- "Displacement
reactions" in the three-spined stickleback.
Behavior 1947, 1, 56-63.
102. VINSON (D.B.).- Response to electroshock therapy
as evaluated by mirror drawing.
J. Clin. and Exper. Psychopath. 1952,
13, 201-210.

103. WECHSLER (D.).- Measurement of adult intelligence.
Williar and Wilkins Baltimor 1944.
104. WECHSLER (D.), and HARTOGG (R.).- The clinical measurement of anxiety
Psychia. Quart. 1945, 19, 618-635.
105. WEIDENSALL (J.).- Mentality of the criminal women.
106. WHITTLE.- Manual of physical and mental tests.
1915.
107. WILLIAMS (S.B.) and WILLIAMS (E.).- Barrier frustration and extinction in instrumental learning.
Amer. J. Psychol. 1943, 56, 247-261.
108. WRIGHT (M.E.).- Constructiveness of play as affected by group organization and frustration.
Charat. and Pers. 1942, 11, 40-49.
109. WRIGHT (M.E.).- The influence of frustration upon the social relations of young children.
Charat. and Pers. 1933, 12, 111-122.
110. YOAKUM (C.S.) and CALFEE (M.).- An analysis of the mirror drawing experiment.
J. Educ. Psychol. 1913, 4, 283-292.
111. ZANDER (A.F.).- A study of experimental frustration.
Psychol. Monogr. 1944, 56, no. 5.

TABLE DES MATIERES

Introduction	p. 16
--------------------	-------

Ière partie - LES THEORIES DE LA FRUSTRATION

Chapitre I	- Définitions	p. 19
Chapitre II	- La théorie de la frustration agressive	p. 24
Chapitre III	- La théorie psychanalytique	p. 30
Chapitre IV	- La théorie de Rosenzweig	p. 32

IIème partie - RECHERCHE D'UN TEST OBJECTIF DE FRUSTRATION

Chapitre I	- Recherches expérimentales sur les réactions à la frustration	p. 40
Chapitre II	- Le dessin au miroir ..	p. 57
Chapitre III	- Le dessin au miroir comme test objectif de frustration	p. 63

IIIème partie - RECHERCHES ET RESULTATS EXPERIMENTAUX

Chapitre I	- Choix des méthodes et constitution des groupes	p. 69
Chapitre II	- Observations	p. 77
Chapitre III	- Résultats numériques. Etude statistique	p. 97

IVème partie - DISCUSSION ET INTERPRETATION DES RESULTATS

Chapitre I	- Critique de la méthode	p. 122
Chapitre II	- Essai d'interprétation des résultats	p. 136
Chapitre III	- Discussion de la valeur des résultats	p. 147
Chapitre IV	- Conception psychanalytique de la frustration et résultats expérimentaux	p. 153

CONCLUSIONS	p. 167
-------------------	--------

Vu le Doyen
BINET

Vu le Président de Thèse
LAMY

Vu et Permis d'imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris
SARRAILH

